• ДЕ 30-ТИ РІЧНА СПАДЩИНА МИНУЛОГО ЗУСТРІЧАЄТЬСЯ З ІННОВАЦІЯМИ МАЙБУТНЬОГО •

• КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ • KYIV MEDICAL UNIVERSITY •

• KYIV MEDICAL UNIVERSITY • КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ •

ANNIVERSARY 30th

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПВНЗ "КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ"
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ

XXI МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ
імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет»
Поканевича Валерія Володимировича

З НАГОДИ 30-Ї РІЧНИЦІ ЗАСНУВАННЯ
ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій»

-Online/Offline-

07 грудня 2022 рік

м. Київ

KMU

• 2, BORYSPILSKA STREET, KYIV, UKRAINE • +38 (044) 507-23-23 • KMU.EDU.UA •

ПОКАНЕВИЧ ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ (1950-2012)

Перший президент Київського медичного університету Української асоціації народної медицини, генеральний директор Української асоціації народної медицини, кандидат медичних наук, доцент, заслужений лікар України

В.В. Поканевич стояв у витоків розбудови системи кадрового потенціалу у сфері народної і нетрадиційної медицини України. За ініціативи та участі В.В. Поканевича у 1998р. була започаткована лікарська спеціальність «лікар з народної та нетрадиційної медицини», яка була внесена до переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я.

У 1992р. В.В. Поканевич створив Київський медичний університет УАНМ, робота якого базувалась на необхідності впровадження найбільш ефективних, науково обґрунтованих методів і засобів народної та нетрадиційної медицини до комплексної терапії захворювань у системі медичних закладів України.

Невичерпний потік енергії, творча наснага, ерудиція, талант, цілеспрямованість та науковий спадок Валерія Володимировича надовго слугуватимуть медичній спільноті та народу України.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПВНЗ "КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ"
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

XXI МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ

імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет»
Поканевича Валерія Володимировича

З НАГОДИ 30-Ї РІЧНИЦІ ЗАСНУВАННЯ ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій»

-Online/Offline-

07 грудня 2022 рік

м. Київ

УДК: 331.102.344

Збірник наукових праць за матеріалами XXI Міжнародної наукової конференції імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича з нагоди 30-ї річниці заснування ПВНЗ «Київський медичний університет» «Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій» м. Київ, 2022. 144с.

Редакційна колегія:

Поканевич О.В., президент ПВНЗ «Київський медичний університет»

Івнєв Б.Б., ректор ПВНЗ «Київський медичний університет», доктор медичних наук, професор

П'ятницький Ю. С., ПВНЗ «Київський медичний університет», проректор з наукової роботи, доктор медичних наук, професор

Краснов В. В., Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права, доктор медичних наук, професор

Васильєва І.В., НМУ ім. О.О. Богомольця, завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини, доктор філософських наук, професор

Уваркіна О.В., Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», доктор філософських наук, професор

Кірик Т.В., завідувач кафедри української та латинської мов ПВНЗ «Київський медичний університет», кандидат педагогічних наук, доцент

Корсак К.В., професор кафедри української та латинської мов ПВНЗ «Київський медичний університет», доктор філософських наук, професор

Організатором XXI Міжнародної наукової конференції імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича з нагоди 30-ї річниці заснування
«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій» є ПВНЗ «Київський Медичний Університет

ГОЛОВА: Олександр ПОКАНЕВИЧ Президент ПВНЗ «Київський медичний університет»
ЗАСТУПНИК ГОЛОВИ: Борис ІВНЄВ Ректор ПВНЗ «Київський медичний університет»
ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ:
Тамара КІРИК Завідувач кафедри української та латинської мов
Володимир МЕГЕДЬ Проректор з науково-педагогічної, виховної роботи та міжнародних зв'язків
Юрій П'ЯТНИЦЬКИЙ Проректор з наукової роботи
Ксенія БИКОВА Директор з маркетингу
Микола ГРИШКОВ Директор директорату з питань освіти
Лариса МАКОВЕЄВА Директор фінансовий
Євген СИМОНЕЦЬ Декан медичного факультету
Ірина ТИМЧЕНКО Декан стоматологічного факультету
Костянтин КАЧАН Декан міжнародного факультету
Лариса ФІЛІППЕНКОВА Декан факультету безперервного професійного розвитку
Наталія КУФТЕРІНА Директор департаменту з комунікацій та міжнародних відносин
Леся ЗАКРУТЬКО Начальник наукового відділу
Олександр ПЕТРУНЬОК Начальник відділу інформаційних технологій
Олександр ПОТІЙ Керівник відділу моніторингу якості освіти
Олег БАЗІЧЕВ Начальник відділу кадрів
Костянтин КОРСАК Професор кафедри української та латинської мов
Ганна ОНКОВИЧ Професор кафедри української та латинської мов
Наталія ФЛЕГОНТОВА Доцент кафедри української та латинської мов
Ольга ЛЯЛІНА Старший викладач кафедри української та латинської мов
Тетяна ЛУЩЕНКО Старший викладач кафедри української та латинської мов
Наталія КОРОТЕНКО Менеджер з маркетингу
Євген ПАВЛОВСЬКИЙ Старший лаборант кафедри української та латинської мов

Матеріали тез викладено згідно оригіналу поданих робіт, відповідальність за їх зміст несуть автори.

ЗМІСТ

Поканевич О.В. Вітання учасникам XXI міжнародної наукової конференції імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича «Розвиток особистості студента майбутнього фахівця засобами медіатехнологій» 6

Івнєв Б.Б. Вітання-звернення до учасників XXI міжнародної наукової конференції імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича «Розвиток особистості студента майбутнього фахівця засобами медіатехнологій» 7

Мегедь В.П. Вітання-звернення до учасників XXI міжнародної наукової імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича «Розвиток особистості студента майбутнього фахівця засобами медіатехнологій» 8

Адамія Зоя. Вітання учасникам XXI міжнародної наукової конференції імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича «Розвиток особистості студента майбутнього фахівця засобами медіатехнологій» 10

Кірик Т.В. Про необхідність переходу людства від європейського неогуманізму до українського ноогуманізму 12

Farnoush Shahriari, Jabbar Barkhordari Ahmadi, Sara Omididashtaki, Yakiv Kolinko. Echinacea Angustifolia and its influence on SARS viruses 18

Olena V. Uvarkina, Lada Yu. Lichman, Oksana M. Kononets, Liudmyla O. Saienko Information culture as a special emergent attribute of modernity 19

Onishchenko T.E., Riabokon O.V., Khelemendyk A.B. Principles of education quality monitoring at Zaporizhia State Medical University 21

Адамія З.К., Білецький В.С., Онкович А.Д., Онкович Г.В. Спроби компаративного аналізу інформаційно-освітніх сторінок Фейсбуку 24

Апоненко І.М. Особливості навчання іноземних здобувачів монологічному та діалогічному мовленню в умовах дистанційної освіти 30

Бойчук О., Вихор В., Колінько Я., Корсак К., Лущенко Т. Проблема термінологічних неузгодженостей в умовах боротьби людства з пандеміями та іншими загрозами 32

Боярська З.О., Поляков О.А., Томаревська О.С.[3] Систематизований онлайн-моніторинг здоров'я здобувачів вищої освіти в умовах пандемічної кризи 37

Віцюк А.А. Постковідний синдром: ознаки та симптоми 39

Вячеславова О.А. «Філософія професійної комунікації» в медичному ВНЗ: деякі зауваження щодо викладання вибіркового курсу 41

Глов'як В.Г., Бульбук О.І., Гвоздецька Г.С., Шулепа С.Г. Організація дистанційного навчання студентів фахового медичного коледжу ІФНМУ з використанням симуляційних методів в умовах карантину 45

Єна М.С. Ефекти комбінації похідного піролу з преднізолоном на слизову оболонку товстої кишки щурів при виразкому коліті 47

Корнієнко О.В. Комплексне інформаційне викладання/навчання як чинник формування сучасних фахівців контактних професій за умов миру/війни 48

Колінько Я.І. Особливості викладання медичної біології в умовах карантину 51

Корсак К.В. Ноонаукові пояснення впливу найвидатніших особистостей з українськими генами на світові духовно-технологічні мегареволюції 52

Косенко Ю.Г. Формування комунікативної компетентності у процесі навчання української мови іноземних здобувачів підготовчих відділень 59

Котко Д.М., Гончарук Н.Л. Деякі особливості формування особистості студента під час освітнього процесу 63

Котко Д.М., Гончарук Н.Л. Значення деяких факторів довкілля в формуванні особистості студента 64

Лантух І.В., Лантух А.П., Меркулова Н.Ф. Психічне здоров'я сучасного студентства та система соціальних загроз 66
Лазоренко Л.В. Роль ділових ігор та кейс-стаді у навчальному процесі 68
Лихасенко І.В., Лукашенко Л.В. Питання викладання діагностики захворювань серцево-судинної системи на етапі навчання на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини, променевої діагностики та променевої терапії 70
Марушко Ю.В., Чабанович О.В., Бойко Н.С. Оптимізація викладання педіатрії в умовах пандемії COVID-19 72
Михайлюк М. Сучасна медична освіта країн Сходу: світовий досвід 75
Михайлюк М.І., Павленко Д., Володіння англійською мовою – це вікно можливостей для майбутніх лікарів 77
Назар П.С., Шевченко О.О., Левон М.М. Методологічні підходи до проблеми здоров'я людини у сучасному суспільстві 78
Назар П.С., Шевченко О.О., Левон М.М. Екологічні проблеми сучасної цивілізації і особистість 80
Назар П.С., Шевченко О.О., Левон М.М. Сучасна медична освіта: реалії та проблеми 82
Назар П.С., Шевченко О.О., Левон М.М. Становлення світогляду майбутнього лікаря 83
Онкович Г.В., Флегонтова Н.М., Ляліна О.О. Розвиток навичок читання фахової літератури українською мовою в групах англомовних студентів в умовах дистанційного навчання 85
Остапенко В.М., Лантух І.В. Універсальна роль цінностей у людському досвіді 86
Пахольчук Т.М., Усачова О.В., Конакова О.В., Сіліна Є.А., Дралова О.А. Контроль засвоєння практично-орієнтованих знань студентами з використанням можливостей MS Teams в умовах дистанційного навчання на кафедрі дитячих інфекційних хвороб 89
Пилипенко С.П. Роль міжкультурної комунікації в системі університетської освіти 91
Поляков О.А., Томаревська О.С. Застосування концепції біологічного віку і паспорта здоров'я задля формуванні професійних навиків у майбутніх лікарів 93
Слободяник Г.І. Досвід організації медичної служби батальйону під час виконання завдань механізованої бригади на прикладі медичної служби окремої ротної тактичної групи "Койот" 72 окремої механізованої бригади (25.02-16.05.2022 р.) 96
Слободяник Г.І., Фесенко В.П. Адаптація та ціннісні орієнтації у студентів Переяслав – Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди 99
Теленгатор О.Я. Неврологічні порушення у хворих, які перенесли коронавірусну інфекцію 106
Теленгатор О.Я. Кодування і декодування інформації в нервовій системі 112
Теленгатор О.Я., Синхронізація роботи головного мозку 113
Теленгатор О.Я. Прийняття рішень і мозок 115
Теленгатор О.Я. Ментальна модель 117
Теленгатор О.Я., Карабаєв Д.Т. Інформація і мозок 120
Теленгатор О.Я., Карабаєв Д.Т. Інтегративні механізми головного мозку 122
Теленгатор О.Я., Карабаєв Д.Т. Морфологічні і фізіологічні асиметрії головного мозку 125
Теленгатор О.Я., Карабаєв Д.Т. Патологія мислення 128
Теленгатор О.Я., Карабаєв Д.Т. Патологія пам'яті 131
Філатенко І.О. Значимість міжкультурної освіти в процесі комунікації представників різних культур 134
Чепурна Н.О. Вплив цифрових навичок на емоційний інтелект здобувачів освіти Київського медичного університету 137

Чепурна Н.О., Ковальчук Н.В., Леоненко І.М., Радомська Н.Ю. Розвиток лідерських якостей в медичному освітньому середовищі 139
Шевченко С.Л. До специфіки етики чеснот Е. Макінтайра в контексті “прагматичного повороту” 141
Шевчук І.К. Чотири розповсюджених помилки класного менеджменту 142
Шевцов С.М., Котко Д.М., Гончарук Н.Л., Шматова О.О. Формування особистості у студентів закладів вищої освіти галузі охорони здоров’я у процесі вивчення навчальних дисциплін з медичного права, професійної етики та деонтології 144
Шпак І.І., Антомонов М.Ю., Тарасова Н.М. Аналіз залежності шкірної реакції на пилкові міксти від поширення пилку трав’янистих рослин в атмосферному повітрі м. Вінниці 146
Штомпель В.Ю., Синенко О.А., Третяк Н.Г. Аспекти фахової підготовки сімейних медиків 147
Шубкіна К.А., Формування професійного ідіолекту іноземних здобувачів освіти медичних вишів України 149
Леоненко І.М., Ковальчук Н.В., Радомська Н.Ю., Радомський О.А., Леоненко С.І. Тестовий контроль у медичному вузі. 152
Радомський О.А., Радомська Н.Ю., Ковальчук Н.В., Леоненко І.М.
Електрономікроскопічне вивчення судин венозних клаптів в експерименті. 153
Студентські дослідження 153
Адільханова Х., Антіпова С., Клименко Ю., Козак А., Колбасов Д., Кузьміна-Зубова К., Максименко К., Мельчинська Л., Руднік О., Ілона Свирид І., Катерина Ставицька К., Інна Ясінська І. Погляд студентів на досвід вивчення навчального курсу «Вступ в теорію наукових досліджень» навесні 2022 р. 157
Воронюк В.І., Симонець Є.М., Рибальченко В.Ф. Використання симуляційної медицини як нова складова освітнього процесу 160
Джигун А.В. Формування особистості лікаря 163
Іршадова А.Я., Симонець Є.М. Сучасні концепції лікування жовчнокам’яної хвороби 166
Лисюк Т.А. Симонець Є.М. Хілоторакс. Сучасні методи лікування 170
Перспективи дисципліни «Безпека життєдіяльності - XXI» 170
Корсак К.В., Бикова К.С., Веселовський С.С. 1. БЖ-XXI: причини смертельної небезпечності селфі 173
Корсак К.В., Корсак Ю.К., Рихлік Л.П., Веселовська О.С. 2. БЖ-XXI: причини смертельної небезпечності селфі 177
Корсак К.В., Корсак Ю.К., Ляліна О.О., Лущенко Т.Л. 3. БЖ-XXI: головні небезпеки морських узбереж 180
Корсак К.В., Бабаєвська Т.Л. 4. БЖ-XXI: масові жертви побутової електрики
Корсак К.В., Редько-Шпак Л.В. 5. БЖ-XXI: про нетривіальні висновки з перебігу пандемії COVID-2019 184

ПОКАНЕВИЧ О.В.
ПРЕЗИДЕНТ ПВНЗ «Київський медичний університет»

ВІТАННЯ
ПРЕЗИДЕНТА ПВНЗ «Київський медичний університет» ДО УЧАСНИКІВ XXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
Імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича
«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій»

Вельмишановні учасники XXI Міжнародної наукової конференції!

Щиро вдячний Вам за участь у роботі нашої представницької Міжнародної конференції, в якої представлені результати наукових і педагогічних досліджень, пропозиції щодо нових методів підготовки майбутніх лікарів та особливостей їх впровадження в умовах воєнного часу.

Наше буття і професійна діяльність ускладнилися настільки, що зовсім не випадково ми звернулися до Вас подумати над роботою медичних навчальних закладів в умовах появи цілком нових чинників впливу та інтенсифікації вже традиційних для нас проблем: підвищення якості знань випускників, розробка та впровадження нових методик, зокрема, дистанційне навчання з використанням сучасних комп'ютерних технологій та мобільних гаджетів.

Актуальність теми конференції визначається тими неоднозначними умовами реформування галузей медицини та медичної освіти, в яких нашим студентам зараз доводиться навчатися, а згодом - працювати. Трансформація медичної освіти, підлаштування принципів вітчизняної освітньої системи до світових стандартів, підвищення рівня вимог до компетенцій майбутніх фахівців медичної сфери –все це робить нашу з вами роботу, колеги, сьогодні вкрай важливою як ніколи.

Я вдячний всім учасникам нашої конференції за надіслані матеріали й описи досвіду фахової діяльності у складний період для нашої країни. Відключення електроенергії, повітряні тривоги, перебування у бомбосховищах, недоступність зв'язку не стали перепоною для проведення вже XXI Міжнародної наукової конференції.

Хотів би побажати Вам успіхів в цій благородній справі, а з боку керівництва Університету хочу запевнити Вас у підтримці та розумінні.

Слава Україні!

ІВНЄВ Б.Б.
РЕКТОР ПВНЗ «Київський медичний університет»,
доктор медичних наук, професор

ВІТАННЯ - ЗВЕРНЕННЯ
РЕКТОРА ПВНЗ «Київський медичний університет
ДО УЧАСНИКІВ XXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
Імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет»
Поканевича Валерія Володимировича
«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій»

Шановні учасники Міжнародної наукової конференції!

По-перше, хотів би щиро подякувати Вам за те, що у цей складний воєнний час Ви виявили бажання і знайшли можливість для активної участі у нашій традиційній щорічній конференції «Формування особистості студента - майбутнього лікаря», де цього разу розглядаються питання розвитку особистості студента засобами медіатехнологій.

В теперішній час медіатехнології в освітньому процесі набувають нового значення. З початку пандемії COVID-19, а з 24 лютого і у зв'язку з війною, яку розв'язала російська федерація проти України, інформаційно-комунікативні засоби стали головним інструментом в навчанні здобувачів освіти. Основні завдання медіатехнологій у освітньому процесі – забезпечити підготовку фахівця до життя у сучасних інформаційних умовах, навчити людину критично осмислювати будь-яку інформацію з медіа джерел, усвідомлювати наслідки її впливу на психіку та бути толерантним до спеціальних фейкових повідомлень, якими зараз переповнена сфера медіа.

Саме для обговорення і прискіпливого наукового аналізу особливостей впливу сучасних медіатехнологій на здобувачів освіти ми і запланували цю Конференцію. Під час війни, в умовах обмеження безпосереднього контакту з студентами, енергетичної кризи ми маємо активно використовувати всі можливості для формування такого світогляду майбутнього фахівця, який забезпечить його самовіддану працю в системі охорони здоров'я для захисту нашої держави та вдосконалення системи надання допомоги громадянам нашої країни в найскладніших умовах воєнного стану.

Шановні викладачі, Ви маєте надавати молоді найновішу, науково обґрунтовану і різнопланову інформацію, необхідну для зміцнення наукового світогляду студента і формування національної ідентичності та патріотизму.

Переконаний, що участь різних фахівців у нашій конференції забезпечить ефективний мультидисциплінарний підхід для вирішення сучасних проблемних питань. Сподіваюсь, що завдяки цій конференції ми всі отримаємо новий поштовх для роботи по формуванню компетентностей лікаря XXI століття, таких як міждисциплінарне навчання/вміння працювати в мультидисциплінарних командах, розуміння та повага до професійних підходів колег, вміння управляти часом, навички управління конфліктами, розуміння культурного та економічного розмаїття, емоційна стійкість тощо.

Бажаю успіхів у проведенні конференції та цікавих творчих наукових дискусій.

Слава Україні!

МЕГЕДЬ В.П.
ПРОРЕКТОР з науково-педагогічної,
виховної роботи та міжнародних в'язків
ПВНЗ «Київський медичний університет»
доктор медичних наук, професор

ВІТАННЯ - ЗВЕРНЕННЯ
ПРОРЕКТОРА ПВНЗ «Київський медичний університет ДО УЧАСНИКІВ XXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
Імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича
«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій»

Вельмишановні колеги!

Організована після переборення труднощів і перешкод воєнного часу наша чергова наукова конференція присвячена формуванню особистості студента-майбутнього лікаря і провізора у вищому медичному навчальному закладі, що є передумовою подальшого індивідуального розвитку випускників університету як висококваліфікованих спеціалістів і достойних громадян нашої Вітчизни.

Цілковито підтримую думку Президента нашого медичного університету про унікальність тих політичних, соціальних, економічних і педагогічних умов, в яких ми перебуваємо нині, коли в умовах неспровокованої війни з боку росіян вимушені приймати доленосні рішення щодо корекції власного життєвого шляху та оптимізації навчальновиховного процесу в університеті, що постійно розширюється і досягає все більших успіхів та європейського визнання.

Ми багато чекаємо від цієї конференції, яка вперше відбувається в умовах поєднання воєнного стану і чергового прискорення технологічних, соціальних і культурних змін. Переконаний, що обмін думками і кінцеві рішення сприятимуть позитивному впливу на систему підготовки майбутніх спеціалістів не тільки для України, а й для багатьох інших держав світу. Переконаний у тому, що наша перемога набагато підніме реноме України і збільшить приплив зарубіжних студентів. Відзначу також підвищення наукової активності українських студентів, вітаю тих, хто бере участь у гуртках, підготувався до виступу чи бажає познайомитися з науковими інноваціями колег.

Наш Університет належить до тих ВНЗ, де професійна підготовка з фундаментальних медичних наук доповнюється у навчальному процесі значною гуманітарною складовою. Ми використовуємо комплекс заходів, скерованих не тільки на залучення студентів до здорового способу життя, але й на виховання психологічно здорової, впевненої в собі особистості. Особистісна скерованість української освіти – визначна зміна національної сфери навчання і виховання, один з пріоритетів України. Для національної медицини це відкриває нові горизонти індивідуального лікування, а для молоді - отримання нової основи для національної гордості й індивідуального самовизначення.

Висловлю переконаність у тому, що досвідчений і згуртований колектив викладачів-науковців успішно вирішить своє головне призначення – випускати високо компетентних фахівців-медиків, формувати творчу особистість, створювати умови для найповнішого фізичного, інтелектуального, духовного розвитку кожного студента.

Без сумніву, цьому сприятиме XXI Міжнародна наукова конференція, її матеріали, заключні рішення та рекомендації.

Хай Вам щастить на шляху служіння ідеалам українського суспільства!

Слава Україні!

АДАМІЯ Зоя
Директор Грузинсько-українського інституту
мовознавства та культури
Університету імені Гурама Таварткіладзе,
професор

ВІТАННЯ
Директора Грузинсько-українського інституту мовознавства та культури
Університету імені Гурама Таварткіладзе
ДО УЧАСНИКІВ XXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
Імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет»
Поканевича Валерія Володимировича
«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій»

Шановні колеги!

Мені надзвичайно приємно вітати учасників традиційного наукового зібрання у ПВНЗ «Київський медичний університет» і особливо - колег з кафедри української та латинської мов, котрі впродовж кількох років поспіль роблять те, від чого теплішає на душі. А цього року роблять це в особливо надзвичайних умовах – під час війни. Я знаю, що київські колеги і студенти працюють на кількох майданчиках в режимі реального часу і в дистанційному режимі. Знаю, що колеги передають знання українським і зарубіжним студентам попри холод, повітряні тривоги, відсутність освітлення і часто – зв'язку. Мужність і завзяття колег захоплюють і надихають!

Наші зустрічі розпочалися ще до «епохи інтернету». Ми зустрічалися на територіях і України, і Грузії. З приємністю згадую наше спілкування у Тбілісі з українськими колегами –завідувачкою кафедри Тамарою Кірик і професоркою Ганною Онкович з ПВНЗ «Київський медичний університет». Це було два роки тому. Сьогодні - попри війну і завдяки інноваційним технологіям - наша зустріч відбувається на платформі ZOOM, і ми всі можемо привітати один одного «в реалі».

Минулого місяця у нас в Грузії відбулася знаменна подія – в нашому Університеті ім. Гурама Таварткіладзе урочисто відкрили Грузино-український інститут мовознавства та культури.

Тут українці зможуть безкоштовно вивчати грузинську мову та культуру за рівнями. Українські абітурієнти та студенти зможуть безкоштовно навчатися в Університеті імені Гурама Таварткіладзе на бакалаврат та в магістратурі. В університеті є англомовні програми: бізнес-адміністрування та туризм.

Ми розглядатимемо спільні питання викладання української мови як віддзеркалення сутнісних соціокультурних процесів, лінгвокультурологічні проблеми викладання української мови як іноземної, викладання української мови як іноземної у полікультурному середовищі, лінгвометодичні проблеми навчання української мови як іноземної, проблеми навчання іноземних мов у вищих закладах освіти.

Традиційно, у програмі наших наукових зібрань будуть презентовані лінгвокультурологічні, лінгвометодичні та соціолінгвістичні аспекти у навчальному процесі з іноземними студентами.

Наскрізне проходитимуть різні аспекти застосування у навчальному процесі традиційних та інноваційних технологій, порушуватимуться питання навчання української мови, міжкультурної комунікації.

Сьогодні колеги ознайомлять нас із прийомами та навичками розвитку комунікативних компетенцій іноземних слухачів, з основами професійного спілкування іноземними мовами, а також з інноваційними методами викладання дисциплін українською та іноземними мовами. Використання соціальних мереж у навчально-виховному процесі, професійно орієнтовані спецкурси, ключові компетентності майбутніх фахівців – далеко не повний перелік проблематики цієї конференції. Звичайно ж, буде багато виступів про особливості навчання в умовах карантину і війни – цього кілька років тому ми й передбачити не могли. Однак життя вносить свої корективи – і ми маємо цікаво унікальних знахідок творчих педагогів.

І ще зазначу, Матеріали XXI конференції пам'яті засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Валерія Поканевича публікуються. Це – теж традиція. І за цими виданнями різних років можна простежити науково-методичний поступ дидактики вищої школи у медичному виші, культурознавства, діалогу культур, педагогіки.

А поки що – долучаємось до обговорення й слухаємо виступи!

Успіхів тобі, Конференціє!

Кірик Т. В., кандидат педагогічних наук,
доцент, зав. каф. ПВНЗ «Київський медичний університет

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ПЕРЕХОДУ ЛЮДСТВА ВІД ЄВРОПЕЙСЬКОГО НЕОГУМАНІЗМУ ДО УКРАЇНСЬКОГО НООГУМАНІЗМУ

Наприкінці XX століття на планеті переважало позитивне бачення майбутнього, а тому прогноз американського політолога С. Гаттінгтона (1927-2008) у роки виконання ним функцій керівника Інституту стратегічних досліджень Гарвардського університету щодо неминучості конфлікту цивілізацій через непримиренність ісламізму щодо всіх інших світоглядних поглядів був оцінений досить високо. Але багатьом не подобалась перспектива продовження конфліктного XX ст. з його світовими війнами та ідеологічними розломами, а співвітчизники автора теорії конфлікту між двома чи більшою групою світових цивілізацій не палали бажанням визнати правдою його знаменитий вислів про те, що їхня віра в універсальність західної культури страждає “трьома проблемами: це брехня, це аморально, і це небезпечно”.

Ми були в невеликій групі засновників у 2018 році автономного об’єднання українських освітян і науковців з назвою “Київський клуб АНТИКОЛАПС”, скерованого на продовження руху до позитивних цілей загальновідомого Римського клубу в нових умовах. Обрана нами назва Клубу свідчить про бажання захистити нашу молодь, загал українців і все людство від передбачених іншими науковцями глобальних загроз — епідемій, пандемій і колапсів.

Наші сподівання спиралися на досягнення зарубіжних науковців, а також на помічені професором Костянтином Корсаком в 2000 році екологічно ідеальні ноотехнології (похідне від словосполучення «ноосферні технології»), які радикально відрізняються від усіх інших поєднанням надання людям життєво необхідної поступової ліквідації екологічних та інших пошкоджень біосфери.

Та слід наголосити на тому, що проривні ідеї К. Корсака повторюють шлях екологічного вчення відомого науковця Е. Геккеля (пропозиція 1866 р.), яке витратило приблизно 90 років на повне світове визнання у другій половині XX ст. Тому ми вважаємо своїм професійним і громадянським обов’язком не тільки знайомити студентів з ноотехнологіями, а й розвивати цю перспективну частину національних знань власними дослідженнями.

Частина отриманих результатів викладена у подальшому тексті. Свою працю ми вважаємо актуальною не тільки через потребу перемоги над східними агресорами, а й через обов’язок поширення важливої й нової для молоді світоглядної інформації. Про це свідчить факт її недооцінки у публікаціях не тільки зарубіжних, але й провідних українських філософів, політологів й представників інших наук (виняток — профіль “екологія” і достатньо поширений у ньому термін “ноосфера”).

Мета статті — стислий виклад аналізу стану світової і національної освітньо-виховної сфери в аспектах активізації використання всього комплексу **гуманістичних і ноогуманістичних ідей** в сучасних умовах зростання небезпеки глобальних загроз, нових конфліктів разом з розвитком тимчасово маловпливового процесу винайдення і використання рятівних ноотехнологій.

Маємо намір навести докази того, що людство в цілому недооцінює перспективи вказаних наук і технологій, сподіваючись на вдосконалення індустріальних виробництв (прикладами є винайдення поняття «Індустрія 4.0» і «смарт технології», що залишаються екологічно шкідливими навіть у наші дні).

Виклад результатів. Приналежність слова “гуманізм” як синоніму "людинолюбства" до головних позитивних за змістом і використанням світоглядних понять, дали змогу людству підтримувати подобу безперервного розвитку, зокрема, в аспекті збільшення своєї чисельності. Зазвичай в енциклопедіях і навчальній літературі наголошується на тому, що термін “гуманізм” є наслідком багатьох сторічь удосконалення і поширення в Європі християнської релігії. Є підстави вважати, що це вчення відзначалося інтернаціоналізмом і людинолюбством у тому сенсі, що всі миряни проголошувалися рівними перед Божою ласкою у повній незалежності від свого національного чи будь-якого іншого походження. З одного боку немає доказів спроможності релігії припинити війни в усій Європі, з іншого - не можна заперечити й того, що сформувалося узагальнене поняття "людина" і засновники італійського варіанту гуманізму вказували на її "проміжне становище" між Богом та усіма іншими живими істотами на Землі.

Ця ідея в своєму розвитку підняла самоповагу людини до себе й урешті завершилася християнським протестантським ученням. Ми вважаємо його значним досягненням, адже згідно його центрального ідейного положення Бог дарував людині розум і тіло для плідної щоденної праці і великих звершень.

Якщо в минулому, як це засвідчує вся історія Єгипту, люди найбільше переймалися не своїм буттям, а підготовкою до загробного життя, то європейський гуманізм й удосконалене протестантизмом християнство уперше акцентували саме реальне буття - зведення житлових будівель і великих сакральних споруд, спорудження млинів, кораблів і виготовлення знарядь праці тощо. У результатіі якість і безпека життя стали швидко зростати у тих європейських державах, де найбільший вплив мали ідеї гуманізму і протестантське ставлення до праці. У країнах-лідерах, зокрема у Німеччині, у XIX столітті сформувався найбільш досконалий варіант гуманізму, що отримав назву "неогуманізм". Ця оцінка появи терміну “гуманізм” лишається справедливою і зараз, але найновіші наукові досягнення в археометрії, секвенуванні генів, палеогеноміції й інших молодих науках та новітніх методах початку XXI ст. дали змогу проф. К. Корсаку наприкінці 2021 року сформувати уявлення про найдавніші витоки людинолюбства. Він першим з відомих нам науковців пояснив час та умови відмови Homo від законів природної фауни — припинення канібалізму і використання в своєму бутті принципів аграрного гуманізму [1]. Виявилось, що цей крок на Близькому Сході здійснили в інтервалі 15-10 тис. років тому генетичні попередники українців (трипільців) і західноєвропейських “фермерів”.

Удосконалений варіант цієї теорії вмістив у міжнародний журнал “Грааль науки” Ю. Корсак, спростувавши всі попередні теорії появи людинолюбства (гуманізму) після поширення аграрних поселень [2].

Згаданий вище “італійський гуманізм” став логічним наслідком суспільних (технологічних і світоглядних) процесів за найактивнішої участі носіїв українських генів, що розвивалися на просторах Євразії упродовж багатьох тисяч років (їх короткий опис доступний для читачів у колективній статті [3].

А у подальшому тексті скеруємо наш опис на німецьке удосконалення італійського гуманізму, яке зазвичай позначають словом “неогуманізм”. Це поняття достатньо відоме, тому утримаємося від його детального пояснення і вкажемо тільки на те, що використання нових цілей і засобів навчання і виховання дало змогу німцям упродовж XIX століття прогресувати так швидко, що вони стали світовими лідерами у філософії, точних науках і найвищих виробничих технологіях. Керівники Німеччини не втрималися від спокуси використати цю перевагу для територіальних завоювань і повної зміни світової мапи колоній. У результаті негативна роль німців у воєнних конфліктах першої половини XX ст. виявилася настільки значною, що світ "відвернувся" від ідей неогуманізму й надалі дуже рідко згадував про цей німецький винахід.

Так тривало до кінця XX ст. У ті роки наростання загрози демографічних, екологічних та інших негараздів примусило провідних інтелектуалів світу все активніше шукати вихід з ситуації руху до повного розпаду цивілізації. Тому представники точних і технічних наук разом з видатними бізнесменами організували Римський клуб як вільне від урядових впливів і небажаних політичних пристрастей зібрання аналітиків і футурологів. Українство представлене у Римському клубі Богданом Гаврилишиним (1926-2016), який у 1980 р. виступив з доповіддю "Маршрути, що ведуть у майбутнє", а наприкінці життя лишив план розвитку незалежної України. Богдан Гаврилишин — був одним з найвідоміших українців у світі, науковець, економіст. Помер 24 жовтня 2016 року в Києві у 90-річному віці. Богдан Гаврилишин створив Міжнародний центр перспективних досліджень, Міжнародний інститут менеджменту в Індії, після – в Україні. Став співзасновником Європейського форуму з менеджменту у Давосі (тепер Світовий економічний форум). Був консультантом компаній General Electric, IBM, Unilever, Phillips, радником в кількох країнах. Римський клуб (Club of Rome) — міжнародна неурядова організація, аналітичний центр, що об'єднує в своїх рядах вчених, громадських діячів, лідерів думок і ділових людей більш, ніж з 30 країн світу, стурбованих перспективами розвитку людства. Зусилля членів Римського клубу націлені на вирішення актуальних проблем сучасності шляхом розробки нового напрямку в їх вивченні, що отримав назву глобальне моделювання. Так виникла нова наука глобалістика, що вивчає проблеми всього людства за допомогою моделювання на ЕОМ, без поділу на Захід і Схід, Північ і Південь. Римський клуб в даний час складається з приблизно 100 окремих членів; понад 30 національних та регіональних асоціацій; Міжнародного центру, Європейського центру підтримки у Відні та фонду Римського клубу, який забезпечує можливість для великих індивідуальних донорів взяти участь у розробці та поширенні проектів Клубу. Діяльність Клубу керується Генеральною Асамблеєю, яка обирає зі своїх членів невеликий Виконавчий комітет, що здійснює нагляд за діяльністю клубу. Із 2018 року клуб очолює два президенти — Мамфела Рамфеле (ПАР) і Сандрін Діксон-Деклев (Бельгія). Роберто Печчеї — засновник (помер). На відміну від багатьох інших некомерційних організацій, робота Римського клубу обумовлена участю і зусиллями його членів[4]. Римський клуб став світовою знаменитістю. Вже у 1972 році ця організація вславилася виключно точним і переконливим прогнозом основних рис еволюції людства до 2100 року. Пізніше прогноз підтверджувався в деталях, а засновник і керівник Римського клубу А. Печчеї залишив два важливих поняття - глобальне мислення і новий гуманізм [5].

Слід вказати, що зміна поколінь учасників Римського клубу зумовила великий занепад його впливу, зниження якості передбачень і рекомендацій. Заснування нами автономного об'єднання освітян і науковців України з назвою «Київський клуб АНТИКОЛАПС» має на меті продовження найкращих рис діяльності Римського клубу. Та полюс наших інтересів полягає все ж не в клубній діяльності, в у вихованні студентів, і підтримці діяльності всіх гуманітаріїв у пошуках оновленого бачення і самої людини, і кодексу її поведінки, і моральних якостей в умовах глобальних криз і загроз. Найбільше нас цікавлять ефективні організації та їх наукові досягнення. У цій групі виділимо відому на Заході відозву з назвою "Неогуманізм: декларація світських принципів і цінностей - особистих, соціальних і планетарних", що була підтримана багатьма десятками представників гуманітарних наук і мистецтв з різних держав світу [6]. Ініціатором її появи став професор Університету штату Нью-Йорк П. Куртц (1925-2012), а сама Декларація є наслідком діяльності створеного ним Інституту науки і людських цінностей та заключним варіантом багатьох інших книг, статей і пропозицій [7].

Вважаємо доцільним виконати короткий критичний аналіз Декларації-102 і висловлення пропозицій щодо її можливого використання у вищій школі України.

У преамбулі, де наведений короткий перелік екологічних та інших проблемам, автори Декларації-102 висловлюють надію подолати їх завдяки використанню принципів гуманізму. Це поняття є ключовим і використовується у документі понад 80 разів. Доцільно акцентувати заключне формулювання преамбули, яке й визначає провідні цілі об'єднаних гуманітаріїв: "Ми заявляємо, що науку і техніку слід використовувати на благо людства. Ми повинні бути готові переглянути людські цінності і змінити власну поведінку в світлі цих висновків. У швидко мінливому світі необхідні нові ідеї та підходи, щоб забезпечити прогрес людства. Ми стикаємося з необхідністю переглянути архаїчні традиції і відносини, щоб добробут і щастя стали доступні для всіх, хто прагне до гідного життя для себе і для інших. Ми ввели термін «неогуманізм», що означає новий сміливий підхід до вирішення спільних проблем. Відповідно до цього підходу, затвердження світських принципів і цінностей неогуманізму пропонується нами як конструктивний внесок у планетарне співтовариство" [9].

Чи не найвищим досягненням авторів Декларації-102 ми вважаємо чесну і сміливу оцінку сучасного теїзму, точніше, відвертої релігійності. Сміливість полягає у тому, що атеїсти доволі розгублені, неорганізовані та навіть у наш час перебувають у "значній меншості" й не отримують активної підтримки з боку керівників урядів і провідних політиків не тільки в аграрних, а й у розвинених державах з демократичним устроєм. Це пояснюється піклуванням вказаних осіб про результати найближчих виборів і побоюванням агресивних виступів, рухів і дій організованих чи поодиноких релігійних фанатиків. Ось точні наукові факти "духовного стану" людства: "У даний час в світі налічується 4200 релігій чи релігійних груп, починаючи від фундаменталістських, члени яких переконані, що саме вони перебувають в істині, до ліберальних, сприйнятливих до нових ідей і відкритих для діалогу. Чим глибше віра вкорінена в різних традиціях, тим важче примирити релігійні відмінності. В історії віруючі часто намагалися насильно придушити інакомислення і переслідували єретиків. Конфлікти між протестантами і католиками, сунітами і

шиїтами, індуїстами та мусульманами часом були дуже жорстокими, і деякі з них тривають і донині" [6].

Після створення Декларації-102, кількість релігійних конфліктів зростала, а їх непримиренність постійно посилювалася. Творці Декларації-102 поклали в основу стратегії пошуків шляхів порятунку людства нові парадигми і засади, на створення універсальних світових конвенцій задля формування "планетарного співтовариства людей". Ми згодні з поглядами авторів Декларації-102 на гуманізм у минулому та в наш час: "Недостатньо уваги приділяється гуманізму як альтернативі релігії. Гуманізм являє собою набір принципів і цінностей, які почали формуватися в епоху Відродження і досягли своєї зрілості в сучасну епоху. Він ознаменував поворотний момент від середньовічних надій на божественний порядок і порятунок до розуміння того, що людина вимушена жити тут і зараз, що їй потрібно знайти сенс, цінності, гідне існування і соціальну справедливість у таких формах демократії та економіки, які задовольняють людські потреби" [6].

Але в сучасних умовах доцільно створити новий концепт "неогуманізму" як більш досконалу та інтегральну культурну і світоглядну цілісність, найбільш придатну для умов XXI ст.

Центральна частина Декларації-102 присвячена деталізації поняття "неогуманізм" й наведенню принципів і меж його застосування прихильниками цієї інновації - усього 16 позицій різного обсягу опису, які гранично лаконічно можна сформулювати так:

1. повна відкритість неогуманістів до позитивної співпраці;
2. сумніви у доцільності та застосовності традиційного теїзму в XXI ст.;
3. позитивна налаштованість на співпрацю, а не конфронтацію;
4. використання критичного мислення і довіра до наукових фактів;
5. критично-шанобливе ставлення до етичних принципів і цінностей;
6. підтримка ключових цивілізаційних цінностей й засад поведінки;
7. визнання необхідності і незамінності суспільного життя;
8. захист права на недоторканність приватного життя;
9. підтримка демократії, справедливості, свободи;
10. важливе значення персональної вихованості, доброї волі і порядності;
11. верховенство права, рівність перед законом;
12. активний захист довкілля;
13. визнання необхідності обмеження чи регулювання чисельності населення планети на наукових засадах;
14. активна і позитивна участь у політичному житті;
15. критика ідеї необмеженого споживання та факту відсутності рамок для індивідуального збагачення;
16. напрям подолання егоцентричного індивідуалізму і викорінення шовіністичного націоналізму як перешкод для руху до сталого розвитку людства.

Загальний висновок Декларації-102 щодо перспектив порятунку людства і завдань неогуманістів має наступну форму: "Зараз ми володіємо достатніми науковими технологіями, щоб добитися цього. Вперше в історії людства ми можемо стати вище національних, етнічних, расових, релігійних і культурних бар'єрів минулого. Етика планетарного гуманізму ясно заявляє, що кожна людина на планеті - це найвища цінність і що нам потрібно розвивати емпатичні відносини і розширювати сферу дії доброї волі в планетарному масштабі" [6].

Підсумовуючи на виклад Декларації-102, вкажемо на те, що це чергова спроба представників гуманітарних наук через відозви і пропозиції досягти позитивних змін на усій планеті, насамперед, подолати екологічні та інші загрози й скерувати весь цивілізаційний розвиток на "зелену економіку", на співжиття людського роду з усіма іншими видами живого на Землі. Як і її автори, ми не проти виникнення загальної уваги до цього заклику університетських професорів, подібної до “явища Грети Тундберг”. Але не віримо в те, що в умовах пандемії й війни-2022, провідні політики світу зацікавляться ідеями Декларації-102, доповнять ними свої політичні гасла й пообіцяють пізніше скерувати усі державні ресурси на розвиток точних наук, медицини, захист найбільш знедолених. Не випадковим є факт ігнорування всіх можливостей застосування ідей неогуманізму організаторами всесвітнього екологічного форуму 2012 року в Ріо-де-Жанейро й усіх подальших великих і малих конгресів з приводу небезпеки з назвою “глобальне потепління”.

Незважаючи на всі очевидні труднощі, пасіонарний порив П. Куртца і його колег на захист точних наук, ефективної медицини, високої людяності слід вітати, пропагувати і максимально ефективно використовувати у вищій школі України.

Логіка всього розвитку гуманістичних поглядів і теорій й нагальні потреби боротьби з пандеміями, можливими колапсами і агресивними війнами веде людство в цілому до заміни індустріальних виробництв екологічно ідеальними ноотехнологіями на основі розвитку ноонаук. А цей процес, як ми доводимо в своїх працях [8], має спиратися на звернення до ноогуманізму - найбільш досконалої з усіх форм і варіантів людинолюбства.

Література

1. Корсак К.В. (2021). Витоки протоукраїнського архетипу з неолітичного переходу Хомо від канібалізму до гуманізму // Вища школа. – 2021. – № 6. – С. 17-26 (1.0)

2. Корсак Ю.К. (2022). Про фундаментальні основи ноофілософії і новий підхід до неолітичної революції / Міжн. н.ж. «Грааль науки», № 16 (червень; 2022) : за матер. III Міжн. н.-пр. конф. “Globalization of scientific knowledge: international cooperation and integration of sciences”, що проводилася 17 червня 2022 року, ГО «Європейська наукова платформа» (Вінниця, Україна) та ТОВ «International Centre Corporative Management» (Відень, Австрія). С. 334-347. (DOI 10.36074/grail-ofscience.17.06.2022.059).(URL:https://archive.journal-grail.science/index.php/2710

3. Корсак К., Таланчук П., Гребенюк А., Давиденко Г. […] Юрій М. (2022). Роль українців і генетично споріднених народів у реалізації п’яти головних всепланетних революцій / Міжн. наук журнал «Грааль науки», № 12-13 (квітень; 2022) : за матер. III Міжн. н.-пр. конф. “An integrated approach to science modernization: methods, models and multidisciplinarity”, 29 квітня 2022 р. ГО «Європейська наукова платформа» (Вінниця, Україна) та ТОВ «International Centre Corporative. Management» (Відень, Австрія). С. 526-544. (DOI 10.36074/grail-ofscience.29.04.2022.089) (URL: https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/grail-ofscience/issue/view/29.04.2022/737) (in Ukrainian)

4. Горчинська О. Останні настанови Богдана Гаврилишина (URL: http://nv.ua/ukr/publications/dlja-povnoji-transformatsiji-ukrajini-neobhidno-15-rokiv-zatsej-chas-rosija-rozpadetsja-bogdan-gavrilishin-83463.html) 27-10-2016

5. Печчеи А. Человеческие качества: Пер. с англ. / Общ. ред. и вступ. ст. Д.М. Гвишиани. - 2-е изд. - М: Прогресс, 1985. - 312 с.
6. Пам'яті Пола Куртца (Del: http://humanism.su/ru/articles.phtml?num=001006)
7. Кірик Т. Філософія освіти про гуманізм, неогуманізм, ноогуманізм у вищій школі України-XXI // Вища освіта України. - 2017. - №2. - С. 32-38, 86-87, 91.
8. https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%BC%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0
%B8%D0%B9_%D0%BA%D0%BB%D1%83%D0%B1.

Farnoush Shahriari,
Jabbar Barkhordari Ahmadi,
Sara Omididashtaki,
Yakiv Ivanovych Kolinko.
Kyiv Medical University, Ukraine

Echinacea Angustifolia and its influence on SARS viruses

Introduction: Coronavirus or Covid 19 is a type of acute respiratory syndrome with a viral agent of the coronavirus family that causes lung disease, inflammation and apoptosis in humans and sometimes causes death in humans with weakened immune system. In this article, the active ingredients of Echinacea plant, which increases the resistance of the body's immune system and, which ultimately leads to the prevention and treatment of disease, have been studied.

Medical properties of Echinacea: Is a chicory plant used to treat viral, bacterial and fungal diseases. This plant also acts on Covid and SARS viruses. Medicinal essential oils can be extracted from the whole body of this plant from the vegetative to reproductive part. Echinacea has the ability to stimulate the body's immune system to produce white blood cells that fight foreign agents, including viruses and bacteria. In addition, Echinacea contains valuable substances such as alkyl amide, isobutylamide, chicory acid, caffeic acid, polyalkins and polysaccharides. Its medicinal essential oils also contain compounds of humolen, caryophylline and caryophyllene oxide. In addition to its immune system and fight against viruses and bacteria, it also has anti-inflammatory properties that ultimately prevent apoptosis. The Covid 19 virus, which has been spreading epidemically and globally since December 2019 in Wuhan, China, is a virus that contains a protein capsid and a polysaccharide protein coat and a single-stranded RNA genome. These antigens trigger an immune response after the virus enters the body, enabling the virus to attach to the body's cells, and the rate of proliferation and infection of the corona virus in the body's cells is very high because the RNA virus genome has been manipulated and not DNA. As a result, two stages of protein synthesis, which involve mRNA transcription and maturation, are eliminated, resulting in the proteins required by the virus being produced more rapidly. The virus specifically affects lung cells, causing lung cell death and pulmonary embolism, as well as acute oxygenation and respiratory problems. As mentioned, Echinacea has the ability to strengthen the immune system and antiviral activity.

Echinacea extract, due to its alkaloids, Caffeic acid derivatives, polyalkenes and alkynes and polysaccharides, stimulates the immune system and produces more macrophages. Lipophilic amide compounds, alkamides and caffeic acid derivatives, including chicoric acid, increase phagocytic activity in polymorph neutrophil granulocyte cells. These substances cause the production of more lymphocytes, especially T lymphocytes, which are specialized in the body specifically to fight cancer and viral cells.

Antiviral activity: Echinacea extract has strong antiviral properties against species A and B human and avian species viruses as well as respiratory syncytial virus. The extract of this plant prevents the virus from entering the cell and causing infection by inhibiting the binding of the virus antigen to the host cell receptor and inhibiting its spread. The extract of this plant does not have much effect on intracellular viruses (virus-infected cells), but this plant exerts its effect during initial contact with the virus and prevents the onset of infection or transmission of the virus from infected cells to other cells.

As a result : The consumption of this product and plant will be more effective at the beginning of the viral infection.

Resources:

- book Echinacea The Immune Herb professor Christopher Hobbs, Ph.D
- http://rjms.iums.ac.ir/article-1-3718-fa.pdf
- https://mdpi-res.com/d_attachment/pharmaceuticals/pharmaceuticals-13-00125/article_deploy/pharmaceuticals-13-00125-v2.pdf
- https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13880209.2018.1501583
- http://yafte.lums.ac.ir/article-1-752-en.pdf
- Mehrdad Modarresi, Sedigheh Asadi, Islamic Azad University, Khorsgan Branch, Isfahan
- https://www.wikipedia.org
- https://mdpi-res.com/d_attachment/pharmaceuticals/pharmaceuticals-13-00125/article_deploy/pharmaceuticals-13-00125-v2.pdf

Olena V. Uvarkina,
Dr. Sc. in Philosophy, Professor,
Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute
Lada Yu. Lichman,
Head of the Department of Foreign Languages,
PhD in Education, Associate Professor,
Shupyk National Healthcare University of Ukraine
Oksana M. Kononets,
PhD in Medicine, Associate Professor,
Shupyk National Healthcare University of Ukraine
Liudmyla O. Saienko,
Assistant Professor,
Shupyk National Healthcare University of Ukraine

INFORMATION CULTURE AS A SPECIAL EMERGENT ATTRIBUTE OF MODERNITY

The hyperdynamic advances in information technology change the educational paradigms and envisage new targets for developing a contemporary

student. Currently, a challenging issue is an individual's information culture lag in the individual's mastering new communication media in society and education.

Nowadays, the informatization of education is known to be a mainstream information and communication basis of the common educational environment, which contributes to the harmonious development of modern personality [1, p.361]. Therefore, the new quality of education, which is accompanied by becoming special emergent properties that help the system to get upgraded without loss of its performance figure, foregrounds the issues of student personality's information culture.

Given that the individual's information culture is a component of human culture, being influenced by the contemporary challenges, it morphs into the digital society as a set of information worldview as well as knowledge and skills system that optimize individual's information needs using both legacy and new information technology.

Under global digitalization, new social communication relations start up among all the participants of the higher education process and they require a new special attitude to the information culture as an emergent property, as a factor of successful learning and security in the information educational environment.

A person's information worldview is noted to be an important part of information culture; the worldview consists of such systemic elements as generalized views toward information, information resources, information system, information technology and tools, the human place in the information society and the communication environment.

Certainly, a system approach to building personal information culture (the information culture phenomenon integrity), an integrative approach (the interaction of social institutions involved in building information culture), process solutions (a set of pedagogical technology methods and tools) and a continuity strategy (using all parts of the education system), enable students to purposefully and consistently master information competency, primarily, to keep their educational and other cognitive activities running.

A student's information competency is considered to be the main component of information culture, which is characterized by the young people's ability to operate with various information, generalize the information sources and be critical of them. Building information competencies stipulates information performance improvement and creates conditions for creating such an information cultural field wherein the individuals improve themselves.

However, with knowledge that new information technologies open up the widest opportunities for speeding the individuals' development and promoting their active participation in the global educational process, many scientists recognize "digital divide" as a serious obstacle to creating a harmonious and sustainable information society. The "digital divide" is mostly manifested in the countries which play a leading role in the informatization of society [2, p. 259].

In our opinion, Ukrainian education also has experienced the digital inequality in the terms of distance learning, and it has not yet used the applicable comprehensive set of measures and material resources to provide the participants of the educational process with information tools and technologies. The problem of overcoming the "digital divide" remains a priority issue of modern education.

Analyzing the special emergent properties of modern information culture revealed that the network structural principle of the world community becomes apparent against the background of the global educational space transformation,

the principle is based on a key concept – rhizome (from French, rhizome – rootstock, grass), i. e. a network structure which has no center and broadens. It is widely thought that the project of rhizome space in the digital society can become a conceptual basis for creating current educational strategies and a new, mobilistic, way of the learner's thinking [3, p.113].

With the rapidly growing role of information technology in all spheres of public life, student personality is actively involved in the intercultural communication, the students realize their full potential in the digital educational environment, and their information culture is updated by the new rules of digital communication (witty abbreviations, emojis, etc.) and language, usually English.

The coronavirus (COVID-19) lockdown has created a new information and educational space, a new virtual identity who belongs to a specially designated people, the so-called digital nomads. A feature of educational "digital nomads" amid pandemic is their mobility, which due to networking technology, the Internet, has made it possible to acquire and transmit professional knowledge, skills, and abilities online. However, realizing the existence of digital divide, most Ukrainian educators can be called "digital literati". This is a large social group of people who know and widely use computer systems in their professional activities and everyday life. Ukrainian digitalization of society leaves the educational system no choice. The teachers become digital nomads or digital literati, they become subjects of education with emergent properties.

Thus, the information culture of the student personality is always on the move and it becomes more and more the emergent feature of modernity. Its main components such as information worldview, information competencies, digitalization, virtualization, a rhizome space, and digital divide based on the principles of systematicity, integrity, performance, and continuity, help the education system to get upgraded without loss of its performance figure and the development of student personality's information culture.

References:

1. Entsyklopediia osvity [Encyclopedia of Education] / hol.red. V.H.Kremen. Kyiv: Yurinkom Inter, 2008. 1040 s.
2. Uvarkina O. V., Puchkov O. O. Emerdzhentni vlastyvosti suchasnoi osvity [Emerging properties of modern education]. Aktualni pytannia linhvistyky, profesiinoi linhvodydaktyky, psykholohii i pedahohiky vyshchoi shkoly: zbirnyk statei VI Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii (m. Poltava, 25–26 lystopada 2021 r.). Poltava: Vyd-vo «Astraia», 2021. S.259.
3. Horbunova Liudmyla. Nomadyzm yak sposib myslennia ta osvitnia stratehiia [Nomadism as a way of thinking and educational strategy]. *Filosofiia osvity*. 1–2 (9). 2010. S.103-114.

Onishchenko T.E., k.m.s., ass.prof.,
Riabokon O.V., d.m.s., prof.
Khelemendyk A.B., assist.
Zaporizhia State Medical University, Ukraine

PRINCIPLES OF EDUCATION QUALITY MONITORING AT ZAPORIZHIA STATE MEDICAL UNIVERSITY

Much attention is always paid to the quality of education in higher education institutions. This is a natural process, because where monitoring is

properly and qualitatively organized, educational institutions occupy leading positions in the ranking, and their graduates are constantly in demand in the labor market. Under the quality of education is understood the degree of compliance of the educational activities (services) characteristics to certain or expected needs of participants in the educational process. The problem of improving education quality is inextricably linked with search the most effective mechanisms for its evaluation. One of the conditions for assessing the quality of education is monitoring [1].

Educational monitoring is a systematic observation, analysis, evaluation, forecasting of the state and dynamics of changes in the results and conditions of educational processes, contingent of students, network of educational organizations. Monitoring quality of education is a system of collecting, processing, storing and disseminating information about activities of the education system, as well as level satisfaction of internal and external consumers of educational services [2].

Monitoring of education quality in institutions is a specially organized targeted control and diagnosis of education state on the basis of existing sources information, as well as specially organized and systematized research and measurements. Building an effective quality management system of the educational process requires solution of three tasks: formation target indicators of the educational process quality; comparison achieved level of indicators with the target (normative) and on this basis to assess quality of educational process; creating conditions that control means and factors, determine achieved quality of education in order to minimize deviations [3, c. 53].

Zaporizhzhya State Medical University has a system quality control of education, which allows to systematically carry out organizational measures for analysis and objective assessment educational activities all departments of the university, to receive complete information about educational process and its results at all levels of education quality management, educational and methodical, disciplinary processes in order to improve the quality of training future professionals.

The main purpose creating a system quality control of education is to identify the real quality of education at the university and identify areas for improvement. The main tasks for this are: systematic analysis the quality implementation of regulations in the field of higher professional education, decisions, guidelines and orders of the Academic Council, rector of university; analysis and examination professional educational programs for training of specialists; study organization, planning and conditions of the educational process, quality of all types of training, provision of educational and methodological materials; analysis quality of teaching technologies, modern forms and methods educational work of the teaching staff in order to generalize and disseminate best practices; analysis staffing of the educational process, teaching research and scientific-methodical activities; analysis state and use in the educational process material and technical base, work on its development and improvement; analysis quality of training on the basis of current performance, intermediate and final certification.

Quality control of education is determined by a set of the following components, namely: quality of enrollee potential, which is "entrance" to the system of training; quality of human resources; quality organization of the educational process; quality of educational and methodical work; quality of material and

information support; quality of educational achievements monitoring at the levels: entrant, student, graduate; quality of the demand level for graduates [4, c.401].

Based on these components, factors influencing quality of education were identified and for convenience combined into the following groups: quality of the subject of educational services (entrant, student); quality of the object of educational services.

The organization monitoring quality of education was based on the principles: planning, systematization, continuity, legality, objectivity, independence, transparency, efficiency. This provided constant monitoring the implementation of plans and tasks, the use of measures to adjust activities.

The quality system of the educational process at the university is controlled by 4 levels: student, department, faculty and university. Control at the student level is carried out to identify degree of satisfaction with quality of educational services provided through the questionnaire. Based on the questionnaire results, an analytical report is compiled, which is discussed at the Academic Council of the University, educational and methodological councils of the faculties.

Control at the department level was carried out to identify experience in the use of new learning technologies, exchange experiences, to link the quality of teaching with learning outcomes, identify causes low levels of knowledge acquisition, assess the availability and quality of curricula and methodological support. The control is performed by conducting an open lesson, control visits by the head of the department. The results of mutual visits, attendance of open classes were discussed at meetings of the department, educational and methodical seminars.

Control at the faculty level is carried out in order to identify level of organization educational and methodical work at the department, assess quality of educational programs, educational and methodical literature, organization of certifications.

Control at the university level is carried out in order to identify links between the quality of teaching and learning outcomes different teachers and at different departments, as well as to assess the quality of educational services provided at faculties and university.

When carrying out quality control of educational process organization at any level, an inspection program is drawn up, which selectively includes indicators and quality indicators that correspond to the direction being inspected. The quality control system of educational process uses next types of inspections: comprehensive, self-examination, sample and operational inspections. Quality checking of educational process is carried out according to following indicators, namely state and availability of regulatory documentation, curricula, quality of curricula in disciplines, planning of educational and methodical work, compliance with the requirements of regulatory documents, availability of long-term development plan, support of the state language, work on career guidance, qualification level of teaching staff, organization work on training of undergraduates, doctoral students. Continuous monitoring quality of students' knowledge is through the organization of certifications: current, intermediate and final.

Important sections of monitoring education quality are logistics and level informatization of the educational process: provision of educational and laboratory equipment and technical means, rational use of the classroom fund, availability

information on the provision academic disciplines of departments with electronic materials, use in the educational process of electronic publications, computer training systems, audio, video training materials, etc.

Thus, the presented system of quality control of education allows to cover different types control measures for implementation of the educational process. Systematic analysis and evaluation of all indicators, namely diagnostic function of control, on which education results depend, allow to develop corrective measures and identify areas for improvement of educational activities at all levels.

References - Список використаних джерел:

1. Chorna Olga. (2015). The development of a monitoring system of higher education quality in Ukraine And Germany: comparative component. Comparative Professional Pedagogy, 5, 10.1515/rpp-2015-0043.

2. Niyivuga B., Otara A., Tuyishime D. (2019). Monitoring and evaluation practices and academic staff motivation: implications in higher education within Rwandan context. SAGE Open. https://doi.org/10.1177/2158244019829564

3. Christopher Samuel Mayanja. (2020). Participatory monitoring and evaluation for quality programs in higher education: What is the way for Uganda? International Journal of Educational Administration and Policy Studies, 12(1), 52-59. https://doi.org/10.5897/IJEAPS2020.0637.

4. Степанець, І. О. (2018). Моніторинг якості науково-методичної роботи у педагогічному закладі вищої освіти як складова освітнього менеджменту. Наукові записки кафедри педагогіки, 1(43), 393-410.

З.К.АДАМІЯ,
доктор філології, проф., в.о. директора Інституту російської мови
Цхум-Абхазької Академії наук (Грузія, Тбілісі)
В.С.БІЛЕЦЬКИЙ
доктор технічних наук, професор,
НТУ України «Харківський політехнічний інститут» (Україна, Харків)
А.Д.ОНКОВИЧ,
магістр журналістики, кандидат педагогічних наук, доцент
Київський Національний університет культури і мистецтв (Україна, Київ)
Г.В.ОНКОВИЧ,
доктор педагогічних наук, професор
Київський медичний університет (Україна, Київ)

СПРОБИ КОМПАРАТИВНОГО АНАЛІЗУ ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНІХ СТОРІНОК ФЕЙСБУКУ

Перші роботи, де представлено контент-аналіз окремих інформаційно-освітніх сторінок Фейсбуку [1, 5, 12, 23], викликали зацікавлення громадськості, що спонукало нас провести їх компаративний (порівняльний) аналіз, який застосовують при вивченні споріднених предметів і явищ. Зазначимо, що всі освітні сторінки у Фейсбуці професійно-орієнтовані [9, 13, 14, 15], слугують розвиткові фахової освіти і медікомпетентностей зацікавленого освітнього загалу, а також поінформованості персоналу промислових підприємств та організацій [3, 14, 21].

У потужному розвиткові медіаосвіти в останні роки у мережі Фейсбук [5, 6, 11] .з'явилося чимало нових блогів, які свідчать про розвиток сучасних

освітніх технологій, просувають новіні терміни і поняття [16, 2, 8, 22], про розвиток медіадидактики. [9, 10, 17, 23].

Ми робили спроби порівнювати засобами контент-аналізу тематичні сторінки, котрі створені або модеруються авторами [18, 19, 20]. Наразі представляємо для порівняння статистичні дані двох авторських різнотематичних ФБ-сторінок: «Медіашкола професора Ганни Онкович» (створено 16 листопада 2015 р. , зареєстровано 2000 учасників) та «Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"» (створено 27 грудня 2017 р. зареєстровано 1200 учасників) . Їх ведуть професори Г.В.Онкович з кафедри української та латинської мов Київського медичного університету, де впроваджено спецкурс «Професійно-орієнтована медіаосвіта», і В.С.Білецький, професор кафедри «Видобування нафти, газу та конденсату» Національного технічного університету України «Харківський політехнічний інститут».

Статистика нових дописів і переглядів.

Сторінку «Медіашкола професора Ганни Онкович» за 60 днів (з 17 листопада 2021 р. по 16 січня 2022 р.) переглянули 10 254 читачів, що складає 129,63% у порівнянні з попереднім 60-денним періодом (рис. 1). За цей же період опубліковано 262 дописи і коментарі (4-5 на день).

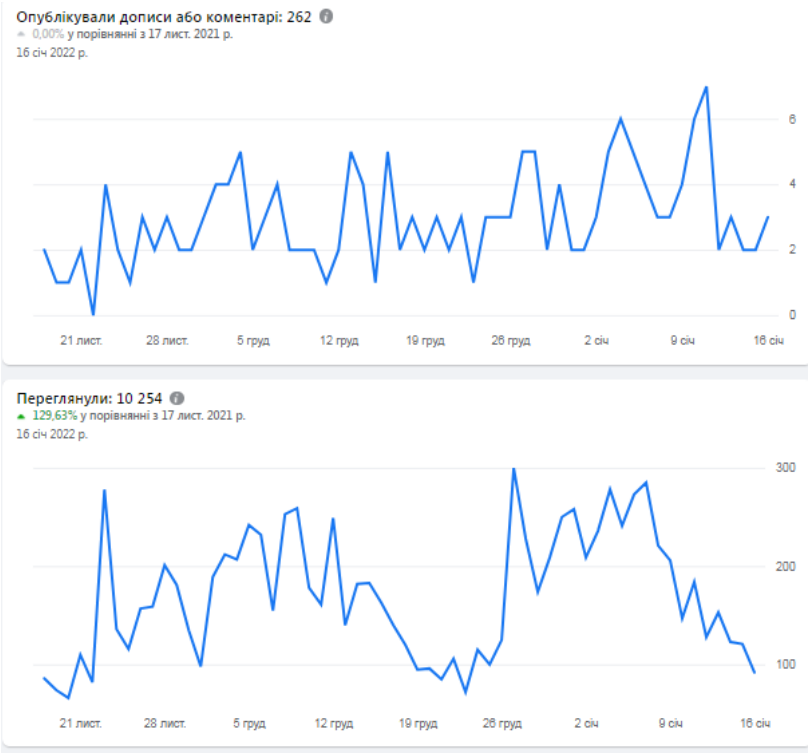


Рис. 1. Статистика дописів і переглядів ФБ-сторінки «Медіашкола професора Ганни Онкович» за 60 днів (17 листопада 2021 р.- 16 січня 2022 р.)

Сторінку «Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"» за цей же період переглянули 7013 читачів, що складає 300 % у порівнянні з попереднім 60-денкою (рис. 2). За цей же час опубліковано 52 дописи і коментарі.

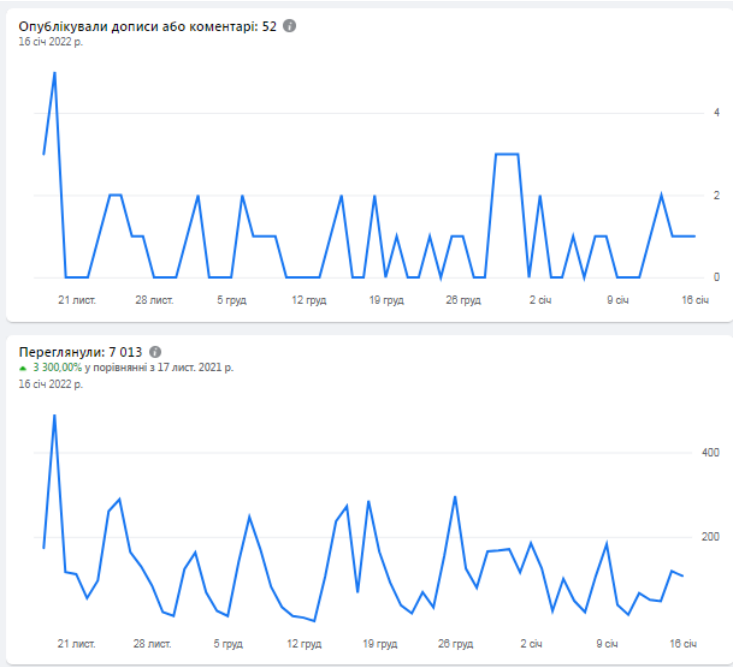


Рис. 2. Статистика дописів і переглядів ФБ-сторінки «Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"» за 60 днів з 17 листопада 2021 р. 16 січня 2022 р.

Порівняння статистик обох сторінок показує, що обидві вони приростили перегляди у порівнянні з попереднім періодом на 130-300%. При цьому на обох сторінках спостерігається деяке зменшення переглядів у період перед і під час Різдва Христового за григоріанським і новоюліанським календарями (особливо у користувачів ФБ-сторінки «Медіашкола професора Ганни Онкович»). Разом з тим, за юліанським календарем такого зменшення не спостерігається.

Кількість переглядів на цих ФБ-сторінках пропорційна кількості нових дописів:

- 52 нових дописи – 7013 нових переглядів;
- 262 дописи – 10 254 переглядів.

Статистика постів, коментарів і реакцій

Аналіз статистики постів, коментарів і реакцій у досліджуваних сторінках ФБ (рис. 3 і 4) показує кореляцію зі статистикою дописів і переглядів (рис. 1 і 2).

Так, на рис. 3 чітко видно «провал» постів, коментарів і реакцій ФБ-сторінки «Медіашкола професора Ганни Онкович» у період перед і під час Різдва Христового за григоріанським і новоюліанським календарями, що цілком відповідає «провалу» переглядів у цей період (рис. 1). На ФБ-сторінці «Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"» такого «провалу» не спостерігається. Пояснення цьому є. Навчальний процес у студентів нафтогазового профілю не припинявся, в той час як медіасторінка не прив'язана до конкретного фаху, є більш загальною і просвітницькою. Відтак її користувачі, до того ж – переважно гуманітарії, у цей час переймалися святковими справами.

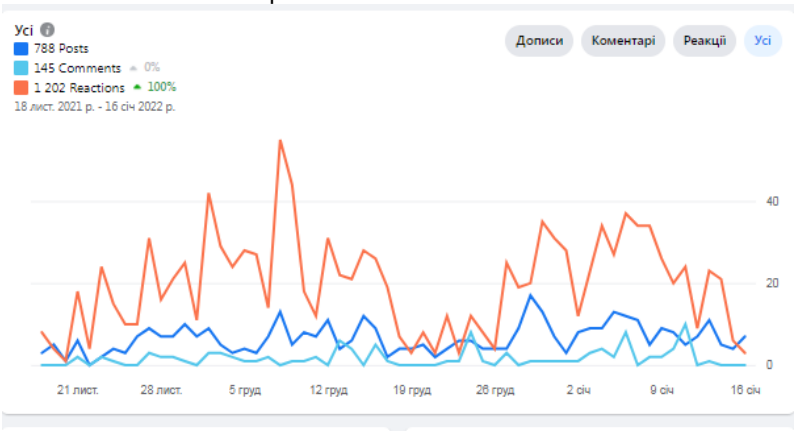


Рис. 3. Статистика постів, коментарів і реакцій ФБ-сторінки «Медіашкола професора Ганни Онкович» за 60 днів (з 17 листопада 2021 р. по 16 січня 2022 р.)

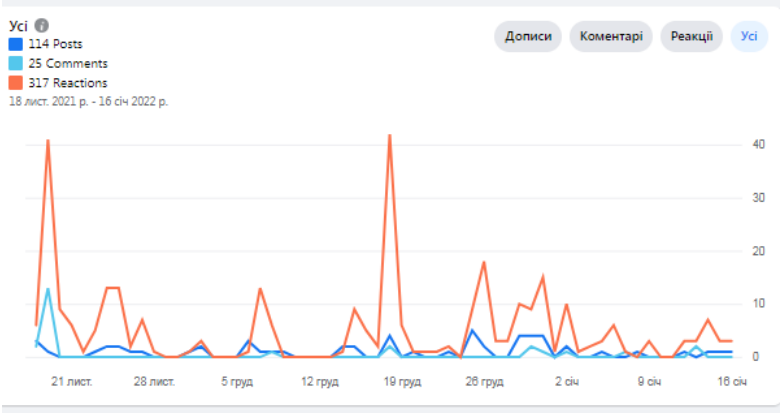


Рис. 3. Статистика постів, коментарів і реакцій ФБ-сторінки «Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"» за 60 днів (з 17 листопада. 2021 р. по 16 січня 2022 р.)

Дуже промовистою є і зведена статистика, показана в табл. 1.

Таблиця 1. Зведена статистика ФБ-сторінок «Медіашкола професора Ганни Онкович» та «Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"» за 60 днів (17 листопада 2021 р. - 16 січня 2022 р.)

Показник / ФБ-сторінка	Перегляди	Дописи	Пости	Коментарі	Реакції
«Медіашкола професора Ганни Онкович»	10 254	262	788	145	1202
«Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"»	7013	52	114	25	317

Значно менші показники ФБ-сторінки «Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"», очевидно, пояснюються її вузьким профілем, спеціалізованістю тематики на сторінці, яка цікавить переважно фахівців нафтогазової галузі.

Разом з тим, навіть на цій сторінці спостерігаються цікаві явища, які ілюструють «піки» на рис. 4 - від 20 листопада і 19 грудня. Цим датам відповідають два пости, котрі викликали підвищений інтерес, а саме – пост із лінками 3-х томів «Гірничої енциклопедії» і пост про вихід друком книги «Україна. 30 років незалежності». Стислий довідник / За ред. д. і. н., проф. Киридон А. М. Київ : Державна наукова установа «Енциклопедичне видавництво», 2021. 536 с. Цікаво, що цими дописами за 60 днів охоплено відповідно понад 5000 і понад 4000 тисячі користувачів професійно-орієнтованої спільноти на сторінці ФБ. Це значно більше зареєстрованих на сторінці "Нафтогазова інженерія та технології"» (1200 читачів), що свідчить про високу міжсторінкову мобільність і універсальність певного кола читачів ФБ.

Доцільно простежити (навіть без коментарів) присутність на сторінках ФБ-спільноти представників різних країн і українських міст (представлено по 10 перших позицій).

«Медіашкола професора Ганни Онкович»

Популярні країни		Популярні міста	
Україна	1 827	Kyiv	537
Росія	22	Mykolaiv, Mykolaiv Oblast	109
Італія	19	Lviv, Lviv Oblast	76
Сполучені Штати Америки	17	Zaporizhia, Zaporizhia Oblast	40
Польща	14	Dnipro, Dnipropetrovsk Oblast	40
Білорусь	10	Vinnytsia, Vinnytsia Oblast	36
Індія	9	Kharkiv, Kharkiv Oblast	35
Швеція	4	Odessa, Odessa Oblast	33
Норвегія	4	Ivano-Frankivsk, Ivano-Frankivsk Oblast	32
Австрія	4	Zhytomyr, Zhytomyr Oblast	29

«Освіта за спеціальністю "Нафтогазова інженерія та технології"»

Популярні країни	
Україна	1 171
Польща	12
Росія	8
Чехія	4
Сполучені Штати Америки	3
Єгипет	3
Франція	2
Нігерія	2
Ірак	2
Болівія	1

Популярні міста	
Poltava, Poltava Oblast	275
Kyiv	105
Ivano-Frankivsk, Ivano-Frankivsk Oblast	96
Kharkiv, Kharkiv Oblast	81
Drogobych, Lviv Oblast	34
Okhtyrka, Sumy Oblast	34
Lviv, Lviv Oblast	32
Hadiach, Poltava Oblast	29
Krasnohrad, Kharkiv Oblast	25
Dnipro, Dnipropetrovsk Oblast	23

Отже, компаративний аналіз інформаційно-освітніх сторінок Фейсбуку[6, 7]. надає можливості отримання різнобічної інформації, яка може бути корисна в процесах моніторингу і регулювання інформаційних потоків, зокрема, фахової інформації.

Використані джерела

1. Volodymyr Biletsky, Hanna Onkovych, Olha Yanyshyn. MEDIA EDUCATION TECHNOLOGIES IN DEVELOPING STUDENTS' PROFESSIONAL COMPETENCE// International Scientific-Pedagogical Organization of Philologists (ISPOP). WEST-EAST,2019. Vol 2/2 υ1. – С. 110-114.
2. Адаміа З.К., Онкович, Г.В., Онкович А.Д., Флегонтова Н.М. Вебінародидактика як різновид самоосвітніх форм підвищення кваліфікації // PR и СМИ в Казахстане: сборник научных трудов. – Қазақстандағы PR және БАҚ: ғылыми еңбектер жинағы / сост. и гл. ред. Л.С. Ахметова. –Вып. 21. – Алматы: Қазақ университеті, 2021. – 258 с. С. 89 - 99.
3. Білецький В. С., Онкович Г. В., Ткаченко М.В.Інженерна блогодидактика в навчальному процесі вищої школи (на прикладі підготовки фахівців нафтогазової сфери) // PR и СМИ в Казахстане: сборник научных трудов. – Қазақстандағы PR және БАҚ: ғылыми еңбектер жинағы / сост. и гл. ред. Л.С. Ахметова. – Вып. 18. – Алматы: Қазақ университеті, 2020. – 426 с. ISBN 978-601-04-4546-8. -С. 155-171.
4. Білецький В.С., , Онкович А.Д. КОНТЕНТ-АНАЛІЗ АВТОРСЬКИХ СТОРІНОК У СОЦІАЛЬНІЙ МЕРЕЖІ «ФЕЙСБУК» (на прикладі сторінок «Медіашкола професора Ганни Онкович» і «Вікідидактика»)// Інновації та традиції у мовній підготовці студентів : матеріали міжнародного науково-практичного семінару 7 грудня 2020 року. – Х. : Видавництво Іванченка І.С., 2021. – 219 с. – С.17-21.
5. Білецький В.С., Онкович Г.В., Ткаченко М.В. Інженерна блогодидактика у нафтогазовій справі // Геотехнології, 2019. – Ч. 2. - С.55 – 63.
6. Блог Kyivdictionary / Як правильно: на фейсбуці чи на фейсбуку? Який прийменник слід уживати: у фейсбуці чи на фейсбуці? https://www.kyivdictionary.com/uk/grammar/uk/consulenza-linguistica/vypusk1/na-feisbuku-feisbutsi/ (дата звернення: 21.01.2021).
7. Блог професора Пономаріва: На Фейсбуці чи на Фейсбуку? 2013. URL: https://www.bbc.com/ukrainian/blogs/2013/11/131125_ponomariv_blog_ko (дата звернення: 21.01.2021).
8. Онкович А., Онкович Г., Ляліна О. Вікідидактика: тематичні вікіуроки – шлях до нової освіти // Нові технології навчання: збірник наукових праць. ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти». Київ, 2020. Вип. 94. 338 с. 244 - С.244-252.
9. Онкович А.В. Медиадидактика высшей школы: профессионально-ориентированное медиаобразование // Вестник Челябинского гос. ун-та, 2013. – Ч. 22 (313). – С.86-91.

10. Онкович А.Д., Онкович Г.В. МЕДІАДИДАКТИКА: САЙТ RESEARCHGATE ЯК ЗБЕРІГАЧ І ПОШИРЮВАЧ ПРОФЕСІЙНО-НАУКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ // Інновації та традиції у мовній підготовці студентів : матеріали міжнародного науково-практичного семінару 7 грудня 2021 року. – Х. : Видавництво Іванченка І.С., 2021. – 219 с.– С.112-116.
11. Онкович Артем. Соцмережа Фейсбук та інформаційно-психологічні операції // Український інформаційний простір. - 2021. - № 1 (7)- С. 206-220
12. Онкович Г. В. Медіаосвіта як технологія вищої школи// Інновації та традиції у мовній підготовці іноземних студентів: тези доповідей міжнародного науково-практичного семінару. – Х. : Видавництво Іванченка І. 2019. - С. 264 – 270. – 438 с. ISBN 978-617-7675-00-7
13. Онкович Г. В., Духаніна Н. М., Лесик Г. В. Медіадидактика вищої школи у розвитку професійних компетентностей майбутніх фахівців // Конкурентоспроможність вищої освіти України в умовах інформаційного суспільства : збірник тез ІІ Міжнародної науково-практичної конференції (м. Чернігів, 11 жовтня 2019 р.) / Чернігів. нац. технол. ун-т. – Чернігів, 2019. – 290 с.– С. 211-215.
14. Онкович Г., Боголюбова М., Флегонтова Н. Медіаосвіта як технологія при вивченні курсу «Українська мова за професійним спрямуванням» // Нові технології навчання: збірник наукових праць. ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти». Київ, 2020. Вип. 94. 338 с. – С.253 – 259.
15. Онкович Г.В. Медіадидактика вищої школи у розвитку професійних компетентностей майбутніх фахівців // Український інформаційний простір, 2020. - 1(5). – С.179-196.
16. Онкович Г.В. Пресодидактика. Читаймо газету разом! - Частина І. - Навч. посібник. – К.:ІСДО 1993.- 59 с.
17. Онкович Г.В. Розвиток медіадидактики вищої школи: український досвід // Обрії друкарства, 2020. - № 1(8). – С. 130-150.
18. Онкович Г.В., Білецький В.С., Онкович А.Д. Вікідидактика в соціальній мережі Фейсбук// The 1st International scientific and practical conference “Innovations and prospects of world science” (September 8-10, 2021) Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2021. 408 p. - С.211-221.
19. Онкович Г.В., Білецький В.С., Онкович А.Д., Білецький В.В. КОНТЕНТ АНАЛІЗ ФАХОВОЇ ОСВІТНЬО-НАУКОВОЇ СПІЛЬНОТИ “НАФТОГАЗОВОЇ ІНЖЕНЕРІЇ ТА ТЕХНОЛОГІЙ”// МОВА І КУЛЬТУРА. (Науковий журнал). – К.: Видавничий дім Дмитра Бураго, 2021. – Вип. 23. – Т. І (203). – 532 с. – С.404-504.
20. Онкович Г.В., Білецький В.С., Онкович А.Д., Білецький В.В. Медіадидактика: аналіз фахової освітньо-наукової спільноти мережі Фейсбук (на прикладі нафтогазової інженерії) // PR и СМИ в Казахстане: сборник научных трудов. – Қазақстандағы PR және БАҚ: ғылыми еңбектер жинағы / сост. и гл. ред. Л.С. Ахметова. –Вып. 21. – Алматы: Қазақ университеті, 2021. – 258 с. - С.28 – 40.
21. Онкович Г.В., Качура Владислав, Язвінська Марина. Нове в медіаосвіті: фармацевтична блогодидактика// Інновації та традиції у мовній підготовці іноземних студентів: тези доповідей міжнародного науково-практичного семінару. – Х. : Видавництво Іванченка І. С., 2019. –С.270 – 276.
22. Онкович Г.В., Онкович А.Д., Редько-Шпак Л. Вікідидактика: латиномовна Вікіпедія на заняттях з латинської мови у вищій школі// Інновації та традиції у мовній підготовці іноземних студентів: тези доповідей міжнародного науково-практичного семінару. – Х. : Видавництво Іванченка І, 2019. – С. 276 – 282. - 438 с. ISBN 978-617-7675-00-7
23. Онкович Ганна. Медіадидактика вищої школи: історія, сьогодення, перспективи розвитку // Соціокомунікативний простір України: історія та сьогодення : зб. матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції до 125-річчя від дня народження М.Т.Рильського. Київ, 20-21 лютого, 2020 р. - Київ: Міленіум, 2020. – С. 22-24.

Апоненко І. М., *к. ф. н., ст. викладач*
Дніпровський державний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ МОНОЛОГІЧНОМУ ТА ДІАЛОГІЧНОМУ МОВЛЕННЮ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ

Загальною метою на всіх етапах оволодіння мовою є формування комунікативної компетентності, до якої належать монологічна та діалогічна компетенції, а також можливості та готовності до мовленнєвого спілкування іноземних здобувачів вищої освіти нерідною мовою в різних ситуаціях.

Найбільш складним це вбачається в умовах дистанційного навчання українській мові як іноземній.

Спочатку розглянемо поняття комунікативної компетентності: це сукупність знань про спілкування в різноманітних умовах та з різними учасниками комунікації, уміння їх ефективного застосування в конкретному спілкуванні в ролі адресанта і адресата. Сформованість цієї якості в майбутніх лікарів передбачає володіння мовленнєвими уміннями й навичками, необхідними для спілкування, сукупність знань про норми й правила ведення комунікації [6, с. 51]. Енциклопедичний словник тлумачить компетентність як «коло» питань, в яких людина добре «розуміється» [3, с. 231] і включає сукупність новоутворень, знань та умінь (вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію тощо) [4, с. 326], системи цінностей та відносин, що сприяють створенню ціннісно-смислових, поведінкових, мотиваційних, емоційно-вольових результатів діяльності особистості

Комунікативна компетентність іноземного здобувача освіти, майбутнього лікаря розуміється як багаторівнева інтегральна якість особистості (сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей) та базується на вмінні продуктивно спілкуватися з пацієнтами та іншими учасниками лікувально-профілактичного процесу, уникаючи конфліктних ситуацій, будувати конструктивні відносини. Крім того, це поняття включає в себе володіння певною культурою спілкування… [2, с. 173]. Спілкування невід'ємно пов'язано з говорінням. Говоріння – один з видів мовленнєвої діяльності, за допомогою якого здійснюється усна форма спілкування, спрямована на встановлення контакту та взаєморозуміння з іншими людьми, вплив на їхні знання й уміння, на виконання функцій доказу, переконання, на висловлювання емоційного ставлення до переданого повідомлення. Навчання говорінню передбачає освоєння монологічного та діалогічного мовлення.

Породження монологічного висловлювання – це особливе та складне вміння, яке необхідно спеціально формувати. Навчання має бути спрямоване на відпрацювання правильності структурно-граматичної, лексичної та стилістичної побудови висловлювання, а також на відповідність мовленнєвого висловлювання комунікативної мети, ситуації. Монолог є продуктом індивідуальної побудови і пов'язаний з труднощами логічного порядку [1, с. 26]. Він безперервний, оскільки формування думок відбувається тут одночасно з їх формулюванням. Довільність монологічного мовлення передбачає вміння вибірково користуватися мовними та деякими немовними комунікативними засобами висловлювання думки, наприклад інтонації. Вибір мовних засобів монологічного мовлення обумовлений також ситуацією спілкування, індивідуальними особливостями мовця. В умовах природного мовного спілкування монолог у чистому вигляді зустрічається рідко, найчастіше він поєднується з елементами діалогічного мовлення, таким чином стає, по суті, монологом у діалозі.

Діалог і монолог взаємодіють у навчальному процесі від початку навчання. Однак в онлайн-умовах студенти охочіше прагнуть діалогічного мовлення, ніж монологічного, оскільки монолог вимагає вміння самостійно висловитися на запропоновану тему, без будь-якої допомоги з боку інших учасників комунікації.

При дистанційній освіті завдяки комп'ютерному/мобільному інтерфейсу навчання говорінню (як монологу, так і діалогу) іноді може

набувати більшої інтерактивності, ніж при навчанні оффлайн (деякі студенти почуваються більш розкуто при онлайн заняттях), що прискорює процес засвоєння лексики. Значно збільшуються можливості використання ілюстративного матеріалу, а також його демонстрації (наприклад, в мовленнєвих завданнях на складання монологу: описати предмет або картинку декількома фразами, скласти речення за зразком, дати розгорнуту відповідь на подані питання; в завданнях для навчання діалогу: за текстом та ілюстраціями скласти запитання або/та обговорити зміст прочитаного тощо).

Серед мінусів дистанційного навчання можна відзначити: повільний темп навчання (студенти довго підключаються, щоб надати відповідь; часто відволікаються на будь-які побутові проблеми та ін.), недостатність технічних та практичних навичок, неможливість повною мірою взаємодіяти з групою та викладачем, неможливість відчувати українську мову, неможливість онлайн-навчання через брак ресурсів, погану якість інтернет-з'єднання, відсутність необхідної техніки, і, звичайно ж, зниження мотивації здобувачів.

Список літератури:

1.Василенко Е. И., Добровольская В. В. Методика преподавания русского языка иностранным учащимся. Москва : Изд-во МГУ, 1989. 88 с.

2.Васильева Л.Н. Коммуникативная компетентность и совладающее поведение будущих врачей. *Вестник КГУ им. Н.А.Некрасова*. 2009. Т. 15. № 5. С.172–176.

3.Гончаренко С. У. Український педагогічний енциклопедичний словник: вид. друге, доп. Рівне : Волинські обереги, 2011. 552 с.

4.Луговий В. І. Компетентності і компетенції. Поняттєво-термінологічний дискурс. *Педагогіка вищої школи: методологія, теорія, технології*. Київ : Гнозис, 2009. 630 с.

5.Михайлюк Н. В. Обучение диалогической речи на уроках РКИ. *Проблеми і перспективи мовної підготовки іноземних студентів: збірник наукових статей за матеріалами XIV Міжнародної науково-практичної конференції (23 жовтня 2020 р.).* Харків : ХНАДУ, 2020. 335 с.

6.Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство: зб. мед. публіц. пр. Київ : Б. в., 1998. 472 с.

Бойчук О., *Нац.економ.ун-тет імені В. Гетьмана м. Київ*
Вихор В., Колінько Я., Корсак К., Лущенко Т.
ПВНЗ «Київський медичний університет»

ПРОБЛЕМА ТЕРМІНОЛОГІЧНИХ НЕУЗГОДЖЕНОСТЕЙ В УМОВАХ БОРОТЬБИ ЛЮДСТВА З ПАНДЕМІЯМИ ТА ІНШИМИ ЗАГРОЗАМИ

Глобальне нещастя з назвою «COVID-2019» перетворило цей термін в мало не найпопулярніший у світовому Інтернеті (приблизно 4 млрд. посилань) і зумовило радикальні зрушення в оцінці майбутнього світовими політичними й економічними лідерами разом з більшістю науковців. Новітні явища дали вагомі докази принципової помилковості прагнення держав-лідерів побудувати у себе щасливі суспільства «розширеного споживання». Воно було настільки потужним, що Захід якось мало відреагував на усім відомі аж три книги групи Д. Медоуза з Римського клубу (1972, 1992 і 2007) про неминучість страшної відсічі пошкодженої людьми біосфери, яка скерує на них епідемії, пандемії, природні катастрофи, деградацію мислення, аномалії поведінки, демографічний та екологічний колапси.

Автори вказаної «трилогії про майбутнє» наводили переконливі докази того, що глобальний колапс розпочнеться в 2050 році і досягне «дна»

десь у 2060 р. У цих та інших подібних джерелах зроблений наголос на пошкодження біосфери, на голод і брак нафти для транспорту. Про епідемії і пандемії писали мало і практично нічого не робили для організації відсічі цим атакам Природи. Якщо в інтервалі між двома світовими війнами головні європейські держави будували у великих містах герметичні сховища і накопичували у них протигази й вентилятори з фільтрами, то аж до настання пандемії ми навіть не помітили хоч якоїсь концентрованої підготовки до захисту від неї.

Автори тез переконані в тому, що глобальні загрози наближаються з прискоренням, тому й COVID-2019 прийшов раніше усіх передбачень. Це цілком незаперечний доказ того, що вся популяція людей майже досягла критичного становища (на мові синергетики — точки біфуркації, на мові міфології — місця з великим каменем, де на плоскій лицьовій поверхні вирізані написи й стрілки в усі боки). Людству й справді час негайно винайти засоби порятунку від усе потужніших загроз. Це робить найбільш актуальним завданням правильного передбачення майбутнього на найближчі роки і більш тривалий період.

Поєднання одразу кількох причин зробили останні за часом появи прогнози Римського клубу неякісними навіть для журналістів з їх здібностями до віднайдення «цікавинок». Тому на Заході лідером в оцінці сьогодення і прогнозуванні майбутнього стало неформальне об'єднання бізнесменів, урядовців і провідних політиків у формі щорічних тижневих зустрічей провідних персон світу у швейцарському містечку Давос.

В умовах перших значних локдаунів перед зібранням 2021 року була підготовлена чималого розміру інструкція «для всіх» у вигляді книги [1]. Схоже, що пандемія негативно вплинула на мислення її авторів, адже у назві вони пропонують цілковито незрозумілу ідею «повного перезавантаження», а у тексті навіть не намагаються конкретизувати її аж до пропозиції рятівних засобів та інструкції з їх використання. Вважаючи, що в інформаційну еру всі знають про корисність перезавантаження кожного персонального комп'ютера для відновлення нормальної роботи через повернення в початковий стан з ліквідацією накопичених операційних «поліпшень», автори книги Давос-2021 акцентують не засоби порятунку, а кінцеву мету зусиль всього людства на 10-15 років у межах теорії «розширеного споживання». Лідери Давосу-2021 запропонували людству побудову Індустрії 4.0, яку світова преса зазвичай відтворює схемами, подібними до рис. 1.

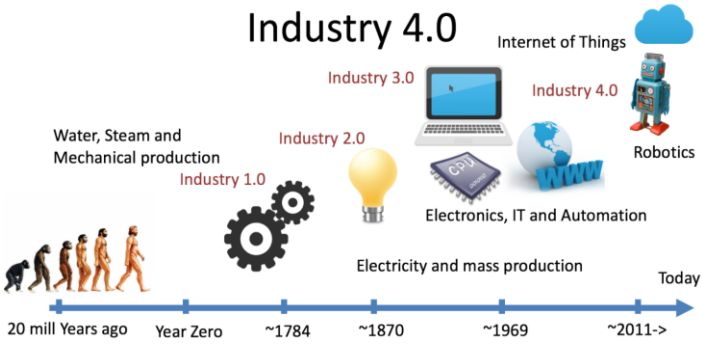


Рис. 1. Схема еволюції людства і його «давоське» майбутнє-XXI

Нам усім пропонують світ поєднаних Інтернетом речей, домінування роботів на більшості можливих місць праці та все інше подібне. Лідери з Давосу в повному захваті безперервно використовують слово «індустрія», але жодного разу не вживають можливих слів з літерами «ноо» (ноосфера, ноотехнології та ін.). Навіть ігнорують смарт-технології, хоч варто було б їх згадати як «поліпшені індустріальні». Засобів порятунку від колапсу немає, хоч сам термін використовується два десятки разів.

Наш аналіз вказаних книг і всіх інших матеріалів, які їх автори й організації з багатьох країн готували до кожної щорічної конференції у Давосі, засвідчив їх глобальну стратегічну помилковість і велику дисциплінарну обмеженість. Побудова Індустрії 4.0 не передбачає повної ліквідації екологічного, демографічного та всіх інших світових колапсів. Але реклама пропозицій з Давосу та особиста участь у них керівників України мала наслідком скерування нашої держави не на незалежні, а на «давоські» рейки. Помилкові рекомендації зі Швейцарії керівники України сприйняли за істину і проголосили планом виконання аж до 2030 року, про що свідчать всі головні державні документи ([2] та ін.).

У них не знайти згадок про поступове збільшення кількості екологічно ідеальних ноотехнологій та їх роль у порятунку людства від колапсів. Стратегічну помилковість подібних планів і передбачень ми довели ще у 2014 р. у статті з програмою порятунку [3]. Це був пік популярності антипутінського е-альманаху РЕЛГА, а тому можливості ноонаук і ноотехнологій стали відомі для сотень тисяч осіб з мало не 140 держав світу. Критики не було, але й визнання у формі негайного використання цієї пропозиції ми не відчули. Не сталося ніяких змін у світових ЗМІ, подібних до потоку рекламування екзальтованих промов школярки зі Швеції Грети Тунберг, яка захищає довкілля і майбутнє своєї генерації не пропозицією засобів порятунку людства, а звинуваченнями на адресу всіх осіб третього віку.

Наші рятівні для всього людства пропозиції ми поширюємо вже понад 20 років. У позитив цих зусиль можна віднести не десятки наукових статей зі словами «***ноотехнології*** і ***ноонауки***», не авторське свідоцтво на ***Нооглосарій*** з ноотермінами (варіант №2 містить 225 «слів з майбутнього»), а виникнення наукової школи і запозичення цих ноослів молоддю. Нас втішає тільки те, що винахідник слів «*екологія і екологічні науки*» (Е. Геккель) не дожив до їх визнання, адже перетворення екології і екологічних наук у центр світової уваги настало майже через півстоліття після його смерті. Ми ж радіємо вже й тому, що Інтернет не видаляє наші твори й інформація з ноотермінами все зростає (хоч в окремих редакціях «експертні групи» її проголошують чомусь «паранаукою» і відмовляються публікувати).

Нам щастило публікувати нооінформацію на пострадянських теренах, але жодного разу у виданнях держав Заходу, з яких ми не отримували навіть мінімальної реакції. Загадку подібної тиші і мовчанки ми нещодавно змогли пояснити завдяки сучасному Інтернету. Навесні 2021 року ми знайшли вірогідне пояснення виразній світовій неувазі до того, що ***ноотехнології надають людям потрібне і одночасно виліковують біосферу від індустріальних пошкоджень***.

Спробуємо ще раз підтвердити пояснення саме в момент створення цього тексту. Здійснимо пошук на основі трьох термінів: ***nootechnology, ноотехнологии, ноотехнології***. Спершу англомовний Інтернет намагався

ощасливити нас аж 1,56 млрд. матеріалів для терміну «nanotechnology». Тільки настійлива вимога шукати саме термін з «noo» привела до такого результату: 717 згадок на англійській мові про рятівні для планети процеси і технології. Надто мало для всієї інформаційної сфери Землі, якщо врахувати щойно вказані 1,56 млрд. для «nanotechnology» і додати ще 4,24 млрд. для «smart technology».

У російськомовному Інтернеті «ноотехнологии» були згадані 1890 разів, а наші «нооотехнології» для всієї благословенної Землі ─ 2800. Цього і слід було чекати, адже багато наших праць опубліковані рідною мовою.

Для ймовірного пояснення здійснимо поглиблення розпочатого нами термінологічного дослідження. Спершу нагадаємо про те, що літери «ноо» походять від грецького слова античного періоду, яке означає «розум» і дуже багато подібних значень (думка, розсудливість, завбачливість, здоровий глузд, задум, намір, дума, образ думок, світовий розум, розумовий початок, принцип мислення і т.д.). Так слова з «ноо» й використовувалися до кінця XIX ст., коли у Франції після тривалого періоду революцій і воєн настав момент суспільного вибору ставлення до релігійної освіти. Наслідком був глибокий поділ, тому Франція має велику систему державної освіти і набагато менший незалежний сектор цілковито релігійної освіти з усіма численними рівнями навчання (включаючи найвищі). Ми виявили, що у роки дискусій дуже часто у пресі Франції звучало слово «ноотеологія», яке все ж не врятувало релігійну освіту від «зміщення убік».

У цих пошуках ми виявили такий важливий факт: англомовний сектор Інтернету в темі «ноосфера» майже на 100% заповнений матеріалами, що пов'язані з ім'ям видатного французького теолога і палеонтолога П'єра Тейяра де Шардена (1881-1955). У ньому інколи повідомляють про іншого француза ─ математика і філософа Едуарда Леруа (1870-1954) з його численними лекціями про ноосферу. Ще рідше згадують нашого Володимира Вернадського, чиї лекції у Сорбонні уважно слухали французи, що й могло спонукати їх використати слово «ноосфера» замість добре відомого їм старішого і менш зручного «інтелектосфера». Це слово є індивідуальним винаходом, який набагато раніше запропонував лідер наук усієї першої половини XIX ст. Александер фон Гумбольдт (1769-1859) у заключному томі свого опису мало не всіх наукових знань на середину XIX ст.

Французи привертають нашу увагу мало, адже у нас і на Сході Європи набагато більшого значення надають В. І. Вернадському, нерідко називаючи саме його винахідником терміну «ноосфера». Однак аналіз доступних праць В. І. Вернадського свідчить про те, що він не претендував на винахід цього поняття, пояснюючи, що його авторами є колеги з Франції, які обговорювали його лекції про деструктивний вплив людства на біосферу. Саме ця тема була центральною для В. І. Вернадського в моменти його відвідин Західної Європи, хоча в багатьох виступах в СРСР він вживав слово «ноосфера» для позначення того майбутнього, яке, на його думку, мали б побудувати в колишньому СРСР, і, можливо, в усьому світі.

Скорочуючи пояснення, наголосимо на тому, що у розвинених державах тема «ноосфера» опинилася у центрі дискусій і наукових досліджень вже після смерті П. Т. де Шардена, коли перестала діяти дуже сувора заборона Ватикану на поширення його ідей. Тоді була перекладена й швидко розповсюджена його книга «Феномен людини». Виникла серйозна світова наукова дискусія з емоціями і гучними суперечками, підхопленими у ЗМІ. У

результаті в західних уявленнях слово «ноосфера» стали розуміти як «духосферу» (spirit-оболонку) і цілковито «нематеріальне» поняття. Інформаційна революція викликала на Заході після 2010 року новий спалах цікавості до ноосфери і ноотехнологій. Але він виявився незначним і короткочасним, а тому великих сутнісних змін не сталося – науковці все ще уникають використання слів з «ноо». На практиці для відповідального автора цього матеріалу це означало автоматичне скерування у кошик для сміття всіх його матеріалів, адже в кожному з них у назві фігурували літери «ноо». Редактори навіть не читали анотацій…

Нам більше щастило на пострадянських теренах, де варіантів тлумачень поняття «ноосфера» і термінів з «ноо» дуже багато з використанням слів переважно з наукового, а не духовного (у сенсі spirit) лексикону. Пропозиції використання різноманітні ─ ноологія, нооекономіка, нооуправління і т.д., але ніхто і ніколи не писав «чорним по білому», що тільки ноотехнології є екологічно ідеальними і надають людям потрібне з одночасним виліковуванням вже доволі пошкодженої біосфери.

Подібну пропозицію ноотехнологій здійснювали тільки ми, незважаючи на нерозуміння «експертних груп» (щиро кажучи ─ навіть академіки заперечували можливість виготовлення «чогось» без пошкодження довкілля). Нагадаємо, що перші дві ноотехнології (нанофотокаталізація і отримання бактеріальних пластиків високої якості) датуються 2000-м роком. В 2010 р. їх стало 4, на початку 2019 року ─ 8, а ось у даний момент їх уже точно більше 30, а найважливішою і найвпливовішою серед них ми вважаємо «протеїн Fy». Це дуже швидке перетворення у побутових умовах (без біореакторів чи чогось подібного) будь-якої первинної органічної речовини в ідеальний мікрофарш з багатьма іншими важливими складовими.

Ця технологія найбільш ефективно започатковує виконання поради нашого генія В.І. Вернадського, яке під час його лекцій у Сорбонні чули згадані нами науковці Франції. Його опубліковану ідею від 1925 року можна коротко висловити таким чином: *для уникнення загибелі людство повинне навчитися виробляти собі їжу без пошкодження біосфери*. Її вже реалізують! І досить активно! У цьому легко переконатись у базі даних «newfood». Трохи прикро тільки те, що замість точного терміну «бактеріальні ноотехнології» використовують слово «ферментація».

Навіть у тому разі, коли йдеться про виділення бактеріями з природних рідин міді, срібла та інших металів (!).

Ми вказуємо на ці парадокси тільки для засвідчення труднощів на шляху до світового поширення інформації про рятівні для людства ноотехнології і ноонауки.

Нам усім слід об’єднатися, використовувати і поширювати цю інформацію, адже без її усвідомлення навіть найкращі науковці світу й далі пропонуватимуть нам для зменшення викидів вуглекислого газу поступово рухатися до повного усунення м’яса з усіх можливих раціонів [4]. Просто дивно, що автори цієї статті нічого не чули про протеїн Fy і стартап Nature's Fynd за участю практично всіх американських мегамільярдерів, які надали йому на швидкий розвиток понад півмільярда доларів США.

Якщо цей стартап скерує вектор своїх дій не над перемогу над соєю на американському ринку веганських продуктів, а на світовий позитивний вплив, то за кілька років на Землі назавжди зникне жахливе індустріальне

тваринництво разом з більшою частиною аграрного сектору. Не буде більше голоду і люди споживатимуть, як радив В.І. Вернадський, виготовлену власними руками якісну їжу.

Мріємо, що з України поширюватиметься інформація про ноотехнології і ноонауки й вона першою на планеті побудує ноосуспільство.

Список використаних джерел

1. Klaus Schwab & Thierry Malleret (2020). *COVID-19: The Great Reset.* Geneva, July 2020. Kindle Edition. URL: http://reparti.free.fr/schwab2020.pdf) Appeal 12-02-2022
2. Cabinet of Ministers of Ukraine. Vectors of economic development 2030. Materials for discussion. Kyiv. CM of Ukraine. URL. https://nes2030.org.ua/docs/doc-vector.pdf) Appeal 12-02-2022
3. Корсак К. Ноофутурология XXI века: условия спасения популяции Homo Sapiens Sapienses // RELGA. 2015. 25.01. №1 [289]. URL: http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=4061&level1=main&level2=articles). Appeal 12-02-2022
4. Eisen MB, Brown PO (2022) Rapid global phaseout of animal agriculture has the potential to stabilize greenhouse gas levels for 30 years and offset 68 percent of CO_2 emissions this century. PLOS Clim 1 (2): e0000010. https://doi.org/10.1371/journal.pclm.0000010 3-02-2022

З.О. Боярська[1], О.А. Поляков[2], Томаревська О.С.[3]

[1]Донецький національний університет імені Василя Стуса,

[2]Київський Медичний Університет,

[3]ДУ « Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»

СИСТЕМАТИЗОВАНИЙ ОНЛАЙН-МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЧНОЇ КРИЗИ

Під час пандемічної кризи сформувалася тенденція при дистанційній формі навчання зниження якості освіти за рахунок [2].

В умовах високого навантаження на медичну систему професійні огляди та моніторинг студентів стали обмеженими, що зменшило можливість проведення професійних оздоровчих оглядів здобувачів вищої освіти як з точки зору економічної, так і з обмеженням медичних кадрів в умовах пандемічної кризи. З метою забезпечення профілактичних підходів збереження здоров'я майбутніх фахівців було розроблено онлайн моніторинг оцінки за результатами функціональних проб.

Методи: У нашому дослідженні було використано інноваційний метод **«**Паспорт здоров'я», який розроблено в Інституті геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, для постійного моніторингу скринінгу здоров'я населення, працездатності та вивчення тренду темпу старіння і функціонального віку. У дослідженні «Паспорт здоров'я» використовуються рекомендовані ВООЗ шкали оцінки внутрішньої цінності функціональних можливостей людини (ICOPE). Паспорт здоров'я охоплює скринінгом десять патернів: з освітньо-професійного анамнезу, соціального статусу, стану зору, слуху, фізичної і рухової активності, когнітивного домену уваги і пам'яті, антропометричних даних, нутрицевтичного та метаболічного статусу, функціональні проби дихальної системи, (обізнаність щодо тиску крові, рівня

цукру, м'язової сили та життєвої ємності легень). Анкетування складається з 69 питань, з них 21 питання оцінюється по 1 балу, якщо відповідь вважалася задовільною. Отримані бали в ході дослідження відповідають: 20 - 21 балів - ви повністю здорові; 17 - 19 балів - потрібно гармонізувати режим відпочинку і роботи; 15 - 16 балів - потрібно особливо приділити увагу фізичної активності і детально проконсультуватися у лікаря; 7-14 балів - вимагає активної реабілітації та більш детальної діагностики стану свого здоров'я; 6 і менше балів - потребуєте медико-соціальної допомоги [1]. Скринінг проводиться онлайн. У дослідженні взяли участь 104 респонденти (здобувачі вищої освіти Донецького національного університету імені Василя Стуса та студенти Київського Медичного Університету).

Результати: В результаті досліджень встановлено, що лише 4 студенти (3,8%) повністю здорові (20-21 бал). 50 (48,1%) студентів отримали 17-19 балів, що свідчить про необхідність гармонізації режимів відпочинку і роботи, 26 студентам (25%) потрібна консультація лікаря та термінове збільшення фізичної активності (15-16 балів). Низькі показники здоров'я, які потребують консультації лікаря та лікування є у 24 студентів (23,1%), було отримано 8-14 балів (такі студенти потребують детальної діагностики стану свого здоров'я). Слід відмітити, що з 24 студентів з найнижчими показниками за скринінгом 17 осіб – студенти медичного університету. Саме велике навантаження у навчальному процесі вважається у медичних університетах.

Звертає на себе увагу те, що 58 респондентів (55,7%) відмічають проблеми зі слухом, а саме те, що вони не чують шепіт. Звичайно, це питання потребує детального дослідження, але маємо припущення, що негативний вплив на роботу органів слуху може мати місце зв'язку з нехтуванням правил безпеки щодо дбайливого ставлення до органів слуху при використанні «головних телефонів» за тривалістю та гучністю.

Як відомо, читання є одним з ефективних методів боротьби зі стресом. Вченими доведено, що читання протягом шести хвилин знижує стресове навантаження на 68%. Чи читають художню літературу молоді люди? Маємо невтішний результат: 86 респондентів (82,7%) взагалі не читають художню літературу, що безперечно відзначається на особистісному розвитку молоді, умінні концентруватися, виділяти основне, робити висновки – саме на тих якостях, які так необхідні для ефективного навчального процесу.

Надзвичайно важливим в умовах пандемії та застосування карантинних заходів для успішної боротьби з депресіями та стресів є наявність у людини захоплень, хобі, розвиток нових навичок, які допомагають у професійному зростанні. Це допомагає організувати повноцінний відпочинок, що безумовно позитивно впливає на стан здоров'я. Аналіз скринінгу здоров'я здобувачів вищої освіти показав, що 59 чоловік (56,7%) мають та розвивають професійні додаткові компетенції.

Висновок: Таким чином, застосування скринінг методу «Паспорт здоров'я» дозволяє провести швидку первинну діагностику стану здоров'я, визначити слабкі ланки та ризики розвитку захворювань. Результати нашого дослідження дають підстави для розробки методів організації роботи та відпочинку здобувачів освіти з метою активізації рухової активності, залучення молоді до наукової роботи, здорового способу життя. В умовах дистанційного навчання – організація навчального процесу з урахуванням перерв (не більше 45 хвилин поспіль перебування за комп'ютером), рекомендації щодо фізичних

та дихальних вправ. Отримані результати допомагають акцентувати увагу студентів щодо навиків, які вони отримують після проходження курсу дисциплін, та за допомогою яких джерел студенти зможуть удосконалити свої знання та професійні навики, що підвищує мотивацію та зацікавленість студентів в процесі навчання.

1. Боярська З. О., Томаревська О. С., Поляков О. А. Паспорт здоров'я здобувачів вищої освіти: оцінка ризиків та можливості їх зниження. Матеріали наукової конференції професорсько-викладацького складу, наукових працівників і здобувачів наукового ступеня за підсумками науково-дослідної роботи за період 2019–2020 рр. (квітень–травень 2021 р.). - Вінниця, 2021. С. 234-236.
2. Филенко Б. М., Ройко Н. В., Старченко І. І. [та ін.] Порівняльний аналіз успішності студентів під час дистанційного навчання і традиційної форми освіти // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2020. – Т. 20, вип. 3 (71). – С. 245–248.

Віцюк А.А., к.п.н., доц.
ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини»

Постковідний синдром: ознаки та симптоми

COVID-19 – інфекційне захворювання, спричинене коронавірусом SARS-CoV-2. Вперше його було виявлено у пацієнтів із важкими респіраторними захворюваннями у грудні 2019 року в місті Ухань, Китай.

Для переважної більшості людей Covid-19 - це короткочасне й легке захворювання. Але для інших наслідки можуть бути настільки серйозними, що вимагатимуть ще тижнів та місяців реабілітації, бо новий вірус вражає не лише легені, але і серцево-судинну систему, систему травлення, сечову систему і нервову систему пацієнта.

Лихоманка та запалення можуть порушити кровоносні судини, роблячи кров'яні клітини більш схильними до скупчення, перешкоджаючи здатності організму розчиняти згустки. Це може спровокувати згортання крові та призвести до закупорки судин у тканинах і органах у всьому тілі. Дисфункція в слизовій оболонці судин та пов'язані з цим кровотечі та згортання можуть спричинити інсульти та кровотечі в мозку. Захворювання очей може спровокувати кон'юнктивіт – запалення слизової оболонки ока.

Зараження клітин слизових оболонок кишкового тракту може спричинити діарею, нудоту, блювоту та біль у животі. На стопах з'являються фіолетові висипання, що нагадують вітрянку, кір або обмороження. Інші симптоми синдрому включають погану координацію, м'язову слабкість і тимчасовий параліч. Пошкодження серця можуть виникнути внаслідок надмірного перенапруження, запалення серцевого м'язу та коронарної артерії, виникнення тромбів та переважаючої хвороби багатьох органів. Такі травми призводять до нерегулярного серцебиття, серцевої недостатності та зупинки серця.

Дисфункція печінки може виникнути в результаті вірусної інфекції, або через системне запалення та блокади кровообігу, що припиняють приплив крові до органу. Гостре пошкодження нирок може бути викликано згустками і порушенням кровопостачання або прямим результатом інфекції.

Вірус вражає епітеліальні клітини, які вистилають і захищають дихальні шляхи, а також стінки альвеол, через які відбувається газообмін для насичення крові киснем. Пошкодження альвеол може викликати запалення легенів, що характеризується болями в грудях і задишкою.

У важких випадках нестача кисню може спровокувати гострий респіраторний дистрес-синдром, що призводить до поліорганної недостатності.

Окрім чхання та нежиттю, вірус також може порушувати нюхову систему, спричиняючи повну або часткову втрату нюху.Смак може також стати спотвореним. В результаті імунної відповіді організму на вірус або поверхневого пошкодження кровоносних судин під шкірою на ногах та животі може з'явитися висип, схожий на кропивницю [1].

Найбільш поширеними ознаками та симптомами, що залишаються навіть після одужання, є такі:

1. Відчуття втоми. Часто пацієнтам з певними симптомами COVID-19 слід проходити терапію в лікарнях у відділеннях інтенсивної терапії за допомогою механічних засобів (апаратів штучного дихання). Це може стати причиною синдрому хронічної втоми у людей, які одужали від SARS. Варто зазначити, що цей синдром є комплексом розладів, що характеризується надзвичайною втомою, яка посилюється під час фізичної або розумової активності та не проходить навіть під час відпочинку.

2. Задишка або кашель. Пневмонія, викликана COVID-19, може спричинювати тривале пошкодження маленьких повітряних мішечків (альвеол) у легенях. Рубцева тканина, що утворюється у результаті цього, призводить до тривалих проблем із диханням.

3. Біль у суглобах. Є одним із найбільш частих проявів постковідного синдрому.

4. Біль у животі. Дані певних досліджень захворюваності на SARS свідчать, що коронавірус має властивість вражати шлунково-кишковий тракт, а також має вплив на клітини печінки - гепатоцити.

5. Біль у м’язах та головний біль став одним із найпоширеніших симптомів постковідного синдрому.

6. Пришвидшене серцебиття. Результати досліджень, проведених через місяць після одужання від COVID-19, виявили тривале пошкодження серцевого м’яза (навіть у пацієнтів з легким перебігом хвороби). Це може підвищити ризик виникнення серцевої недостатності або інших ускладнень серцево-судинної системи у майбутньому.

7. Втрата запаху та смаку - це один із перших та найбільш яскравих симптомів коронавірусної інфекції. Вірус SARS-CoV-2 інфікує організм шляхом приєднання до спеціальних рецепторів ACE2 на поверхні клітин, що вистилають верхні дихальні шляхи (найбільше їх в носі). Потрапляючи всередину - вірус розмножується, викликаючи запальну реакцію імунної системи. Аносмія (втрата нюху) та агевзія (втрата смаку) спостерігалася в 59% пацієнтів на початку захворювання, у 28% на 30-й і у 23% на 60-й день.

8. Проблеми зі сном, концентрацією уваги та пам’яті. У багатьох пацієнтів розвивається виражений астенічний синдром, який значно погіршує їхню якість життя й істотно знижує працездатність. У таких осіб може тривалий час зберігатися запалення низької інтенсивності в головному мозку, зниження припливу крові до мозку, автоімунне ушкодження мозку чи поєднання цих станів. Найчастішою причиною цього є масивне медикаментозне

навантаження під час лікування COVID-19, тривалий і виснажливий перебіг захворювання з дихальною недостатністю та водно-електролітними розладами, супутні захворювання, наприклад цукровий діабет.

9. Випадіння волосся. Експерти кажуть, що існує два типи випадіння волосся, яке спричинила пандемія. У першому випадку йдеться про стан telogen effluvium, коли у людини через кілька місяців після стресової ситуації починає випадати більше, ніж 50-100 волосинок на день. Окрім того, що більше волосся випадає, тим повільніше воно росте. Такий стан може тривати до 6 місяців. В іншому випадку йдеться про гніздову алопецію, під час якої імунітет починає атакувати волосяні фолікули.

10. Часто причиною депресії, тривожності та панічних атак є те, що людина пережила сильний стрес внаслідок діагнозу та ізоляції [2].

Отже, реабілітація після вірусу SARS-CoV-2 залежить від особливостей перебігу початкового періоду. Деякі пацієнти видужують та повертаються до звичного життя швидко, а для інших коронавірус може стати початком тривалих проблем та ускладнень зі здоров'ям.

Список літератури

1. Симптоми, наслідки імунітет, вакцини та інше: що світ знає про COVID-19. Підсумки-2020 [Електронний ресурс].- Режим доступу: https://life.pravda.com.ua/health/2020/12/28/243513/

2. Що ж таке постковідний синдром та які у нього симптоми? [Електронний ресурс].- Режим доступу: https://www.medis.com.ua/news/shcho-zh-take-postkovidnyy-syndrom-ta-yaki-u-nogo-symptomy-

Вячеславова О.А.,
к.ф.н., доцент, НМУ ім. О.О.Богомольця

«ФІЛОСОФІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ» В МЕДИЧНОМУ ВНЗ: ДЕЯКІ ЗАУВАЖЕННЯ ЩОДО ВИКЛАДАННЯ ВИБІРКОВОГО КУРСУ

Здійснено огляд впровадження навчальної дисципліни, що розглядає комунікативну компетентність лікаря в загальному контексті комунікативних знань та практик.

Ключові слова: пацієнтоцентризм, довіра, емоційний інтелект, «м'які навички», репутація, імідж, семіотичний підхід, невербальна комунікація, конгруентність, комплаентність.

"Philosophy of professional communication" in medical higher education institutions: some comments on the teaching of the selective course

An overview of the implementation of the discipline, which considers the communicative competence of the doctor in the general context of communicative knowledge and practices, is offered. Some problems that allow to present to students the theoretical material of this course are highlighted.

Key words: patient-centeredness, trust, emotional intelligence, "soft skills", reputation, image, semiotic approach, non-verbal communication, congruence, compliance.

Навчальна програма дисципліни «Філософія професійної комунікації» була розроблена викладачами кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національного медичного університету імені О.О.Богомольця з метою реалізації вимог компетентнісного підходу до підготовки фахівців системи охорони здоров'я. Впровадження її здійснювалось впродовж 2020/2021 і 2021/2022 навчальних років. Навчальна програма дисципліни складається з п'ятьох тем: 1) Поняття комунікації. Основні підходи до розуміння комунікації; 2) Комунікація як процес та структура; 3) Семіотичний методологічний підхід до феномена комунікації; 4) Специфіка лікарської комунікації. Комунікативна компетентність лікаря; 5) Соціальний контекст комунікативної діяльності лікаря: сучасне інформаційне суспільство.

Запропоновані емпіричні нотатки є спробою короткого огляду деяких проблем, які дозволяє висувати перед студентами теоретичний матеріал даної дисципліни. Зокрема, зазначимо, що для студентів старших курсів (дисципліна вивчалась на 4-5 курсах медичного факультету) зовсім новим і незрозумілим було поняття пацієнтоцентризму - одне із ключових в сучасному медичному пізнанні. Спроби викривленого його тлумачення на кшталт «хто важливіший – пацієнт чи лікар?» однозначно вирішувались студентами на користь лікаря і підкріплювались незаперечними скорботними прикладами із нашої української ковідної реальності: «…усі ж бачать, що пацієнтів багато, а лікарів не вистачає, отже…». На наш погляд, однією із причин такого викривлення, яке засвідчує неузгодженість уявлень про медицину як практику і медицину як соціальний інститут охорони здоров'я, може бути недостатня інтегрованість соціальних і філософських знань в медичному навчанні: в навчальних планах є елективна медична соціологія, проте з нею знайомляться лише окремі групи студентів, а в нормативному курсі філософії відсутній розділ, присвячений проблемам суспільства. Ось чому актуальними сьогодні можуть бути міждисциплінарні навчальні курси, здатні на філософській основі виконувати інтегративну функцію і компенсувати вимушену фрагментарність сучасного знання, окреслюючи місце медицини в загальній картині світу. За такого підходу в орбіту уваги потрапляють глобальні проблеми, адже, як показав досвід пандемії, питання про те, чому заробітна плата лікаря поступається доходам футболістів чи зірок шоу-бізнеса, перестало бути суто українським питанням.

Однією із задач професійної комунікації є формування довіри між лікарем і пацієнтом. Присутність цієї теми в різних навчальних

контекстах неусувна: психологи пов'язують її з лікарською емпатією; клініцисти наголошують довіру як основу комплаентності, яка має комунікативну природу. Проте наполегливі згадки про довіру в навчальному процесі не полегшують для студентів обговорення питання, як здобути довіру. Причин може бути декілька. По-перше, тотальна криза довіри та моральності в сучасному суспільстві не сприяє формуванню власного досвіду довіри у молодих людей або, якщо він і є, то переважно сформований в колі близьких (довіра до «своїх»). Між тим теоретизування і структурування актів довіри виводиться переважно із практики. По-друге, молоді люди сьогодні не готові сприймати буття у стані невизначеності як норму, а саме це імплікує поняття довіри. «До – віра» передбачає віру, а якщо йдеться про пацієнта, то це віра в те, що він насправді може отримати допомогу в своєму стражденному стані. Чи має він підстави так вірити? У сучасної молодої людини віра (не лише релігійна, а й будь-яка віра) зазвичай під підозрою, поступається надійному знанню. Не маючи власного свідомого досвіду побудови довіри, студенти обговорюють питання довіри до лікаря формально, в межах етикетних вимог. Між тим, філософія комунікації, як ніякий інший навчальний предмет, окреслює проблематику довіри як вулицю з двобічним рухом. С.Кові дав дуже просту формулу: бажаєш здобути довіру – будь гідним довіри. «Довіритись» означає відкритись, проте людина, яка чекає на те, щоб їй відкрились, теж стає уразливою: відкриваються тому, хто відкривається назустріч. Чи завжди така готовність «відкритись назустріч» присутня в сучасній лікарській праці?

Нарешті, довіра передбачає емоційний складник, тому певне знецінення емоційного начала (а воно присутнє в нашій студентській спільноті в контексті уявлень про майбутню професійну практику) теж ускладнює обговорення досвіду довіри студентами. Раціональність – це «науково», емоції – «ненауково», емоційне переживання – «розтрата сил лікаря», - приблизно в такій логіці часто будується загальне тло міркувань студентів на дану тему. Між тим, ще Б.Паскаль зазначав, що у лікаря в плані одержання довіри хворого невеликий вибір: або переконати, або подобатись. Аби «переконати», треба ще здобути аргументи, «подобатись» - це про емоційний інтелект, про раціоналізацію емоцій. Один із теоретиків емоційного інтелекту Д.Гоулман зазначав, що у сучасної спільноти пацієнтів склався потужний запит на медицину, яка піклується про людину, а не лише на основі технологій вирішує проблеми. Так послідовний огляд лише одного із питань лікарської комунікації поступово веде до актуалізації проблематики «м'яких навичок», яка присутня сьогодні в практичному дискурсі.

Прямий і правдивий «перехід на особистості», запропонований формулою С.Кові, нагадує: «надійним» може і має бути не лише

знання, а й людина. В «надійного» фахівця є не лише імідж, а й репутація, останнє ж поняття знов є вектором до царини соціального, запрошенням до міркувань, чому у вітчизняному суспільстві уявлення про репутацію знецінено і чи може лікар нехтувати своєю професійною репутацією так само, як це поширено, наприклад, в сучасному українському політикумі?

Отже, навчальна програма дає можливість обговорювати міжособистісний і соціальний виміри довіри в лікувальній справі. Останній є актуальним і в контексті роботи в команді. На практичному занятті студенти аналізували реальні ситуації хірургічної практики (описами яких поділилися з нами аспіранти-лікарі), в яких мали місце комунікативні негаразди між анестезіологами та хірургами. Спільно студенти дійшли висновку, що неефективність комунікацій в команді може бути однією із передумов потенційних лікарських помилок.

Оцінюючи в цілому короткий досвід впровадження курсу, треба зазначити: попри те, що студентська молодь перебуває сьогодні в інформаційному довкіллі як в рідному собі оточенні і начебто добре обізнана в ньому, слабким місцем такої ситуації є відсутність у студента дистанційованої позиції «стороннього спостерігача», наділеного аналітичними здатностями системного, а інколи і критичного бачення сучасного світу соціальних комунікацій. Тому позитивною рисою навчального курсу, присвяченого філософії комунікації, є, на нашу думку, можливість формування у студентів рефлексивного ставлення до питань комунікації, зокрема, і професійної комунікації, здатності до проблемного бачення тих чи інших її аспектів. В навчальному курсі розглядались такі проблемні питання, як асиметрія комунікативних відносин лікаря та пацієнта, розрізнення лікарського впливу та маніпуляції у відносинах з пацієнтом та ін.. Якщо ж ураховувати, що в комунікативні знання упакована комунікативна етика, а в комунікативну компетентність лікаря – лікарська етика, то можна говорити про аксіологічне навантаження нової навчальної дисципліни.

Незмінне зацікавлення студентів викликають семіотичні підвалини комунікативних практик. Знайомство з цим непростим матеріалом полегшує апеляція до професійного кейсу медичної семіотики і можливість поміркувати про багатошаровість невербальних «текстів», носієм яких є кожна людина. Чи усі ці невербальні смислові повідомлення є актуальними в комунікації лікаря та пацієнта? Які з них є важливими з точки зору феноменології хвороби, а які в плані встановлення комплаентності? Які невербальні повідомлення варто (або не варто) випромінювати лікареві, аби досягти конгруентності як передумови для довіри? Над цими та багатьма іншими питаннями дає можливість замислитись навчальний матеріал курсу.

Цікаво, що огляд різноманіття медичних комунікацій є зручним шляхом до структурування уявлень про сучасну медицину як таку,

тобто, сприяє переходу до загальних проблем філософії медицини, зокрема, до питання про те, що є медицина сьогодні. Одна із сучасних міждисциплінарних наук? Сфера високих технологій? Соціальний інститут охорони здоров'я, що вимагає менеджментів-асів з аксіологічним базисом? Специфічний тип освіти, дуже складний для опанування? Соціальна гуманістична практика, здійснювана міжособистісним шляхом, з потужною тисячолітньою традицією? Чи все це одразу, в синтезі? Якщо обираємо позицію синтезу, то чи коректно визначати соціальні та етичні проблеми медицини як «немедичні», як інколи відбувається? Питання не є риторичним, оскільки, втрачаючи традиційний образ медицини як соціальної практики піклування про людину-пацієнта, ототожнюючи її тільки з сучасними високими технологіями, ми ризикуємо втратити і той напрацьований століттями соціальний капітал лікарської справи, який є базисом суспільної довіри до медицини, до лікаря як представника найшляхетнішої професії. І, нарешті, від відповіді на питання «що є медицина?» залежить і концептуальний підхід до філософії медицини, яка створюється сьогодні: який образ медицини оберемо, таку філософію медицини і напишемо.

Глов'як В.Г., асист., фельдш. відд. фах.мед. коледжу ІФНМУ.
Гвоздецька Г.С., асист., фельдш. відд. фах.мед. коледжу ІФНМУ.
Бульбук О.І., директор фельдш. відд. фах.мед. коледжу ІФНМУ.
Шулепа С.Г., викладач, заст. дир. фахового медичного коледжу ІФНМУ.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ФАХОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ІФНМУ З ВИКОРИСТАННЯМ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕТОДІВ В УМОВАХ КАРАНТИНУ

На сьогоднішній день, враховуючи умови реформування системи охорони здоров'я України, одним із пріоритетів є модернізація вищої медичної освіти та підвищення практично орієнтованої підготовки лікарів, з урахуванням потреб охорони здоров'я населення і міжнародних стандартів. Актуальним завданням закладів вищої освіти є розробка сучасних ефективних методик практичної підготовки майбутніх фахівців і впровадження об'єктивних методів оцінки знань та якості засвоєння практичних навичок [5, с. 188].

У світлі подій, які спіткали всю педагогічну спільноту – пандемія COVID-19, внесла кардинальні зміни в навчальний процес – здобуття освіти в режимі on-line. Ці обставини сприяли використанню альтернативних методів засвоєння теоретичного матеріалу та оволодінню практичних навичок, серед яких найбільш інноваційними є симуляційні. Дане навчання у медичній освіті є перспективним освітнім інструментом, інтерактивним доповненням до традиційних методів навчання, оскільки поєднує різні засоби імітації реальної професійної діяльності [2, с. 58-61; 3, с. 17-18]. З метою забезпечення надання якісних освітніх послуг, у фаховому медичному коледжі Івано-Франківського

національного медичного університету для проведення дистанційної та змішаної форми навчання використовується освітня on-line платформа «Microsoft Teams» на базі «Microsoft Office», а для проведення тестового контролю – сайт https://pmk.ifnmu.edu.ua [1, с. 8].

Однією з численних переваг «Microsoft Teams» є можливість проведення практичних та лекційних занять без обмеження часу та зі зручним інтерфейсом календарного плану. Платформа дозволяє створювати «команди», що за своїм складом відповідають групам, проводити в рамках групи не лише практичні заняття, а й поширювати додаткові ілюстративні, інтерактивні, навчально-методичні матеріали.

Науково-педагогічні працівники та викладачі коледжу розробили та успішно впровадили в освітній процес ситуаційні задачі, так звані кейс-методи. Зокрема, на клінічних кафедрах широкого використання набув кейс-метод для аналізу клінічних ситуацій. Це дозволяє помістити здобувача освіти в умови клінічної ситуації. Певна задана структура кейсу, що має послідовність опису, із включенням постановки клінічної задачі, описом скарг, анамнезу, даних об'єктивного обстеження, додаткових методів дослідження певного пацієнта, дозволяє оцінити випадок та побудувати алгоритм дій фахівця. Окрім класичного застосування даної методики, використовуються різні інтерпретації кейс-методу, залежно від ситуації. Часто використовується робота в групах, коли одна група моделює певну клінічну ситуацію, а інша – розв'язує її. Водночас, моделюються клінічні ситуації з використанням рольових ігор, коли викладач відіграє роль стандартизованого пацієнта, а студенти виконують функції медичних працівників різного рангу [1, с. 8].

Таким чином, сучасні технології дають можливість якісного проведення освітнього процесу, незважаючи на всі виклики, кинуті пандемією. І хоча жодна відео конференція не замінить реального спілкування та практичної роботи, це дає можливість забезпечення безперервності медичної освіти.

Література:

1. Застосування симуляційних технологій при вивченні клінічних дисциплін на етапі післядипломної медичної освіти в умовах триваючої пандемії covid-19: матеріали наук-практ. конф. з міжнародною участю «Актуальні питання підвищення якості освітнього процесу», присвячена 30-річчю Незалежності України (м. Яремче, 24 вересня 2021 р.) / М.С. Волошинович, Н.Р. Матковська, В.М. Волошинович, В.М. Волошинович, І.О. Костіцька. – Івано-Франківськ: ІФНМУ, 2021. – 8 с.
2. Фіра Д.Б. Симуляційне навчання студентів як один із перспективних методів формування та вдосконалення професійних хірургічних навичок у майбутніх лікарів // Медична освіта. 2017. № 4. – С.58-61.
3. Students' perceptions on distance education: A multinational study.[Електронний ресурс] / Fidalgo, P., Thormann, J., Kulyk, O.*et al.// Int J EducTechnol High Educ*. - 2020. – p.-17-18/ - Режим доступу до журн: https://doi.org/10.1186/s41239-020-00194-2
4. Medical education in the time of COVID-19. [Електронний ресурс] / D. B. Wayne, M. Green, E. G. Neilson//Sci. Adv. – 2020. - №6. Режим доступу до журн: https://doi.org/10.1126/sciadv.abc7110.
5. Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів: матеріали навч.-метод. конф., присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ (Харків, 30 лист. 2016 р.) / кол. авт. – Харків: ХНМУ, 2016. – 188 с.

Єна М. С.
ПВНЗ Київський медичний університет

ЕФЕКТИ КОМБІНАЦІЇ ПОХІДНОГО ПІРОЛУ З ПРЕДНІЗОЛОНОМ НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ ТОВСТОЇ КИШКИ ЩУРІВ ПРИ ВИРАЗКОМУ КОЛІТІ

Виразковий коліт – це хронічний запальний процес, що супроводжується дестрофічними та атрофічними деструктивними змінами слизової оболонки товстої кишки, а також порушеннями її секреторних та моторних функцій. Наслідком виразкового коліту є розвиток злоякісних новоутворень – колоректального раку. Перспективним для лікування колоректального раку є таргетні інгібітори протеїнкіназ, до яких відноситься похідне піролу МІ-1, протипухлинні та протизапальні властивості яких показані на моделях раку товстої кишки in vitro і in vivo. Тому дослідження впливу даної сполуки при виразковому коліті є актуальним.

Мета роботи – вплив МІ-1+преднізолон на стан слизової оболонки товстої кишки щурів різних статей за умов виразкового коліту.

Матеріали і методи. Виразковий коліт індукували 2-кратним ректальним введенням 1 мл 4% оцтової кислоти щотижднево. МІ-1 (2,7 мг/кг) вводили в масляному розчині *per os* щоденно протягом 2 тижнів. Як препарат порівняння використали стероїдний протизапальний препарат преднізолон (0,7 мг/кг маси тіла, внутрішньоочеревинно у такому ж режимі). Контрольні тварини отримували відповідні розчинники. Стан слизової оболонки товстої кишки оцінювали макроскопічно за 10-бальною шкалою згідно з Sehirli та ін. (2009), а на світлооптичному рівні оцінювали за 11-бальною шкалою згідно з Appleyard and Wallace, (1995). Ступінь запального ураження сліпої кишки обчислювали як суму балів за мікро- і макро- пошкодженнями. Статистичну обробку експериментальних даних здійснювали методами варіаційної статистики за допомогою пакета програм SPSS 16.0.

Результати досліджень та їх обговорення. У контрольної групи щурів обох статей слизова оболонка товстої кишки має типову гістологічну будову, що характерна для даного виду піддослідних тварин, без ознак патологічних станів.

За умов дії комбінації МІ-1 з преднізолоном при змодельованому коліті у самців пошкоджень кишки не спостерігалося, а у самок помітна гіперемія та спайки між петлями по всій довжині товстої кишки.

При дії комбінації МІ-1 з преднізолоном у тварин обох статей мало місце лімфоїдна інфільтрація та набряк у слизовій оболонці, а також розростання лімфоїдної тканини. Зміни у мікроциркуляторному руслі спостерігалися у самців у вигляді розширення капілярів, крововиливів та переповнення їх кров'ю, однак у самок ці ознаки були більш виражені і помітна гіперемія судин, крім крововиливів. У серозній оболонці у самців спостерігалося розширення капілярів, стаз крові та потовщення стінки кишки. Загальне пошкодження у самців відповідало 2,5 балам, у самок – 5,7 балам за методикою Sehirli та ін. (2009) та Appleyard and Wallace, (1995).

Таким чином, МІ-1+преднізолон на тлі виразкового коліту більш ефективніший по відношенню до самців, чим до самок, що свідчить про

більшу схильність самок до запальних захворювань кишки і меншу чутливість до лікування протизапальними засобами. В цілому, комбінація МІ-1+преднізолон пригнічує запальний процес та сприяє відновленню цілісності слизової товстої кишки.

Корнієнко О.В. к.псих.н., доцент,
Київський медичний університет

КОМПЛЕКСНЕ ІНФОРМАЦІЙНЕ ВИКЛАДАННЯ/НАВЧАННЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ СУЧАСНИХ ФАХІВЦІВ КОНТАКТНИХ ПРОФЕСІЙ ЗА УМОВ МИРУ/ВІЙНИ

Основною метою участі в роботі XXI міжнародної конференції був особистий інтерес автора до широкого кола питань, які планують висвітлити учасники представники науково-дослідницьких медичних, навчальних установ, фахівці практики різних напрямків та спеціальностей медицини. Ключовими ідеями, які представляють інтерес широкого кола учасників є: *"Розвиток особистості студента- майбутнього фахівця засобами ноомедіатехнологій*". Назви секцій у кількості трьох, логічно узгоджуються та перспективно доповнюються основними тематичними напрямками роботи конференцій.

Основна мета даних тез це поширення власного досвіду викладання та навчання студентів впродовж 28 років (1994-2022 роки) на прикладі провідних університетів України Київського Національного університету імені Тараса Шевченка та Київського Медичного університету з застосуванням аудиторного та дистанційного навчання психологів, соціологів, соціальних педагогів/працівників, військових психологів, економістів, медиків. Автор активно використовував наступні сучасні інформаційні технології: *Facebook*, *Instagram*,*Messenger*, *Skype, Viber, E-mail* з записом та поширенням відео проведених занять за умов дистанційного навчання, для забезпечення повноцінного спілкування викладача зі студентами. Досвід проведення запису занять мобільним телефоном створював позитивний емоційний фон та підвищував мотивацію до навчання. Стали доброю традицією захисти презентацій студентів як в аудиторіях, так і дистанційно у форматі *"Microsoft Power Point, Google Class Meet.* З вдячністю пригадую авторів розробників даних програм для удосконалення продуктивної взаємодії учасників навчального процесу та розвитку навиків культури спілкування в соціальних мережах. Учасники конференції можуть знайти відповідне посилання [1] та оглянути структуру та зміст особистої сторінки автора Facebook створеної в 2017 році.

За останні роки над впровадженням нових навчальних технологій працювали різні фахівці, наприклад, у статті [2, с. 38–42] "*Дистанційна освіта: організаційна структура, психолого-педагогічні основи, фінансування і управління*" розглядаються базові вимоги, щодо розробки навчально-методичних матеріалів, що потребує врахування International scientific and practical conference 194 психологічних закономірностей сприйняття, пам'яті, мислення, уваги, а також, вікових особливостей студентів. У наступній роботі

двох авторів [3, с. 199–203] ”*Електронне дистанційне і комбіноване навчання у львівських вищих освітніх закладах*” проводиться огляд організації навчального процесу з впровадженням дистанційної форми навчання у декількох вузах. Особисті результати автора є також, доступними у матеріалах [4, с. 192–196].

Наступним авторським напрацюванням слід вважати створену навчальну групу на фейсбук “*Medical Psychology*“ Інститут Біології на Медицини КНУ імені Тараса Шевченка 2020 року з включенням усіх навчально-методичних матеріалів, результатів навчання студентів: тексти презентацій, скайп-відео лекцій, захистів презентацій студентів, результати вивчення дисципліни “*Медична психологія*“[5, с. 39-47]. Для більш динамічного та зрозумілого сприйняття змісту статті включено сім малюнків з виділенням академічного розвитку актуальності питання застосування Facebook в навчально-виховній, науковій діяльності та сучасних способах поширення інформації у одній із популярних мережах світу за тривалий період впродовж 2007- 2021 років. Ключовим питанням даної статті є поширення досвіду викладання/навчання “*Medical Psychology*“ змішаної форми навчання та пошуку однодумців. Таким, чином, було проведене змішане навчання для 15 студентських груп, всього 129 студентів представникам різних східних культур, віроісповідувань, стилів життя: Ірану, Іраку, Індії, Південної Кореї, Японії, Африки, Єгипту. Усі бажаючі можуть проглянути рекомендовану сторінку на фейсбук *https://www.facebook.com/groups/522233258413026/* висловити своє враження, відмітити в коментарях найкращі презентації студентів, відео виступи, рекомендовані першоджерела.

Навожу посилання про продуктивну навчальну діяльність науковців та викладачів Київського університету імені Бориса Грінченка [6, с. 18-19]. Автори підготували ґрунтовну публікацію на тему: “*Використання Facebook в роботі філолога“* включили відповідні посилання на фахівців які розробляли дану напрямок, поділилися власним досвідом. Автори публікації роблять висновок про те, що “Facebook” набуває на сьогоднішній день все більшої популярності. Він є лідером за активністю відвідування проекту: 45% зареєстрованих на цьому порталі користувачів відвідують його щодня, а 70% - частіше ніж один раз на день. Можливості “Facebook” для філолога може охопити майже всі сфери навчальної та педагогічної діяльності.

Корисним виявився досвід поєднання викладання/навчання навчальної дисципліни “*Доказової медицини*“ студентам медикам третього курсу Київського медичного університету під час другого півріччя 2021 року для 116 студентам з наступних країн India 76 (65, 51%), Nigeria 19 (16,37%), Pakistan 3 (2,58%), Ghana (2,58%), Turkey 2 (1,72%), United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland 2 (1,72%), Ireland 1 (0,86%), USA 1 (0,86%), Iran 1 (0,86%), Kingdom of Swaziland (country South Africa) 1 (0,86%), Yemen 1 (0,86%), Ruanda 1 (0,86%), Finland 1 (0,86%), Iraq 1 (0,86%). Процес дистанційного навчання був проведений з урахуванням вимог занять у форматі *Google class meet*. Студентам були вчасно надіслані завдання до відповідних закладок Google class з рекомендованими днями завершення роботи. Загалом структура завдань включала шість тем з рекомендованими балами за виконані завдання від 10 до 30 [7, с. 18-19].

Основною метою підготовки цих матеріалів до публікації було інформування іноземних студентів 3 курсу КМУ під час дистанційного вивчення

дисципліни “*Доказова медицина*” із змістом нової сторінки у Facebook “*Індивідуально-психологічна війна України проти Росії*”, яка була створена 2 березня 2022 року, через кілька днів після початку кровопролитної війни Росії проти України. Група складається з 140 учасників, різних країн, національностей та релігійних переконань.

Впродовж першого півріччя 2022 року проводиться активне викладання/навчання студентам-медикам третього курсу дисципліни “*Управління кар’єрою*” Ma2001b-Ma2004b. Всього 54 осіб громадян: Гани, Нігерії, Ірану, Індії, Грузії, Конго, Пакістану, Об’єданих Арабських Еміратів, Зімбабве, Ірландії. Активність більшості студентів та викладача була зосереджена на виконанні навчальної діяльності у форматі Google Class чотирьох груп. Студенти мали опрацювати дистанційно десять тем, виконати як теоретичні завдання (читання першоджерел, аналіз, оцінка змісту, підготовка та захист підготовлених презентації, обговорення змісту виконаних завдань одногрупників).

Позитивним досвідом як для викладача, так і для студентів була підготовка, захист та обговорення текстів презентації з ключових тем дисципліни “*Управління кар’єрою*“. Тексти презентацій студентів були розміщені до Goggle class закладка “Stream“. Таким, чином з 54 студентів проявили себе з позитивної сторони 9 осіб. Деякі студенти підготували тексти тез для участі у Ювілейній науково-практичній конференції з нагоди 30-ї річниці заснування ПВНЗ «Київський Медичний Університет» із вебінаром на тему: “*Сучасні аспекти медицини та фармації – освіта та практика*”, яка відбудеться 30 листопада 2022 року. Чотири студенти виступили на засіданні студентського гуртка кафедри “*Соціально-гуманітарних дисциплін*“.

Використані джерела

1.Корнієнко О.В. https://www.facebook.com/ovkdefender/

2.Малінко О. Дистанційна освіта: організаційна структура, психолого-педагогічні основи, фінансування і управління. *Директор школи, ліцею, гімназії.* 2002. № 6. С. 38–42

3.Коваль М., Шуневич Б. Електронне дистанційне і комбіноване навчання у львівських вищих освітніх закладах. *Педагогіка і психологія професійної освіти: Науково-методичний журнал*. 2006. № 1. С. 199–203

4Корнієнко О.В. Facebook як платформа аудиторного/дистанційного викладання/навчання (особистий досвід 2018-2021 роки) https://doi.org/10.30525/978-9934-26-114-5-49 *International Scientific and practical conference "Pedagogy, psychology and teaching methods: interdisciplinary experience": conference proceedings,* July 16-17, 2021. Riga,Latvia: “Baltija Publishing”, P.192-196

5.Корнієнко О.В. Досвід викладання “Медичної психології” студентам іноземцям інституту біології та медицини Київського національного університету імені Тараса Шевченка на матеріалі змішаного навчання 2018-2019 років https:/doi.org/10.51547 ppp.dp.ua/2021.3.7 *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, Вип.3,2021. С.39-47

6.Інформаційні технології 2018: зб. тез V Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих науковців, 17 трав. 2018 р., м. Київ. Київ. ун-т ім. Б. Грінченка; Відповід. за вип.: М.М. Астаф’єва, Д.М. Бодненко, 18 О.М. Глушак, О.С. Литвин, В.В. Прошкін, С.М. Рижко-Семенюк. К.: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2018. С.18-19.

7. Korniienko O.V. “Evidence-Based Medicine” for medical students Kyiv Medical University with active participation in teacher’s Facebook page “Individual-Psychological war of Ukraine against Russia”. Управління якістю науково-дослідницької діяльності у закладах вищої та фахової передвищої освіти в умовах воєнних реалій: матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 10 травня – 21 червня 2022 року. – Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2022. С.136-139.

Колінько Я.І., старший викладач
кафедри фізіології, медичної біології та біологічної фізики

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ В УМОВАХ КАРАНТИНУ

Як всі ми знаємо в 2020-му році людство зіткнулося з новою хворобою – Covid-19. Це призвело до значних змін у повсякденному житті, на роботі та в навчанні. Заклади освіти масово почали переводити студентів на дистанційне навчання. Київський медичний університет одним з перших приєднався до новітніх методів навчання в умовах карантину. Мені, як викладачу медичної біології, також швидкими темпами довелось опановувати викладання дисципліни онлайн. Після не одного року дистанційної роботи хотілося б дати власну характеристику даної методики та порівняти її з традиційним викладанням.

Основним плюсом дистанційної роботи як для викладача так і для студента, на мій погляд, є зведення до мінімуму імовірності поширення інфекції у закладі освіти. Також важливим аспектом є наявність більшої кількості вільного часу, який не потрібно використовувати на щоденні поїздки на роботу (навчання), а можна використати для підготовки методичних матеріалів, вирішення робочих питань викладачу, а студенту – для підготовки до занять. В зв'язку з тим, що студенти мають більше часу на виконання домашніх завдань, можна вносити певні зміни у викладання дисципліни – проводити семінарські заняття, до яких кожен студент готує індивідуальні питання, комп'ютерну презентацію та виступає з доповіддю онлайн за допомогою «Google meet» у віртуальній кімнаті «Google classroom», переглядати та потім розбирати навчальні відеоматеріали.

Отже таким чином можна розкривати потенціал кожного студента, вчити його готувати усні виступи та зв'язно висловлюватися, що має немале значення для його підготовки як майбутнього фахівця та багатогранної особистості. Великим плюсом онлайн навчання є доступність до різних додатків «Google Education» - гугл диск, гугл презентації, гул формс і т.д. а також можливість використання розробки КМУ - платформи Prexam, за допомогою якої здобувачі освіти можуть готуватися не тільки до практичних занять але і до здачі ЄДКІ «Крок». В результаті наявності всіх цих ресурсів студентам, при бажанні, є чим зайнятися навіть у вільний час. Як наслідок здобувач освіти може зайняти навіть більш активну роль ніж при традиційному аудиторному навчанні.

Легко і зручно використовувати різноманітні методи навчання, наприклад використання навчальних відео та презентацій, можливість демонстрації екрану викладачем з метою оптимізації процесу засвоєння змісту конкретної теми.

Важливим моментом є самостійність студента, адже йому здебільшого самому надається право вибирати найбільш прийнятний для нього спосіб навчання, самостійно розпоряджатися власним часом з тим чи іншим набором засобів навчання, а не орієнтуватися на академічну групу, як при аудиторному навчанні. Вибір освітніх можливостей є практично необмеженим і незалежним від місцеперебування (за винятком відсутності мікроскопів, мікро- та макропрепаратів, які використовуються на аудиторному занятті).

Плюсом онлайн навчання є також власне створення комфортного середовища для навчання в залежності від побажань студента.

Як наслідок всього вище переліченого студенти стають більш самостійними, в них розвиваються навички самоосвіти, а це саме те, що має супроводжувати людину протягом життя.

Але, звичайно дистанційне навчання має і свої недоліки:

- дефіцит особистісного спілкування викладача та студента;
- відсутність можливості негайного практичного застосування отриманих знань із наступним обговоренням виниклих питань з викладачем і роз'яснення ситуації на конкретних прикладах (наприклад розбір задач на генеалогічний метод);
- дефіцит спілкування з колегами з метою обміну досвідом, необхідність частішого використання телефонів та месенджерів для вирішення робочих питань, що не є таким зручним способом комунікації як спілкування в аудиторії;
- з метою досягнення навчальних цілей у студента має бути сильна особистісна мотивація, вміння та бажання навчатися самостійно, без постійної підтримки та мотивації з боку викладача;
- на жаль студенти не завжди можуть забезпечити себе необхідним технічним обладнанням - комп'ютером (ноутбуком) та безперебійною роботою Інтернету або навіть і електромережі (зокрема якщо студенти знаходяться у віддалених населених пунктах).

Тому як підсумок хочеться сказати, що звичайно для вивчення медичної біології традиційне навчання, на мій погляд, є більш ефективним ніж дистанційне, але це тільки у випадку якщо немає загрози життю та здоров'ю спричиненою пандемією Covid-19. З погіршенням епідеміологічної ситуації з метою виконання задач поставлених навчальною програмою варто працювати дистанційно.

Корсак К.В., доктор філос. наук,
професор, зав. лабор., Київський медичний університет

НООНАУКОВІ ПОЯСНЕННЯ ВПЛИВУ НАЙВИДАТНІШИХ ОСОБИСТОСТЕЙ З УКРАЇНСЬКИМИ ГЕНАМИ НА СВІТОВІ ДУХОВНО-ТЕХНОЛОГІЧНІ МЕГАРЕВОЛЮЦІЇ

Розпочнемо з цілком необхідного пояснення використаних у назві статті термінів.

«***Ноонауками***» назвемо народжені у 2000 році «ноосферні науки» — знання майбутніх часів, які акумулюють найновіші дані й пропонують ***ноотехнології*** (***wisetechnology***) для реального і вже достатньо близького початку порятунку людства від колапсів і пандемій разом з поліпшенням якості життя і лікуванням біосфери (знайомитися з ними можна в Інтернеті шляхом пошуку по слову «nooglossary»). Нам пощастило їх помітити одразу, коли їх було тільки дві (нанофотокаталізація і отримання бактеріальних біопластиків). Запропонували вказану назву в 2010 році після появи ще двох, а от з весни 2019 року їх кількість зростає по експоненті, тому точна цифра нам невідома. Їх уже не менше 40, але людство не усвідомлює значення цього рятівного для

нього тренду, споживаючи інформаційні дурниці чи просто фейки від політиків та інших всепланетних знаменитостей, які не знають відмінностей між ядром, атомом і молекулою.

Коли студенти цікавляться «найвпливовішою», ми називаємо не ідеальну (дешеву і мало не вічну) антивірусну маску на основі нанофотокаталзації, а бактеріальну технологію «протеїн Fy». Погляньте в Інтернет на ці два слова і на основі побаченого обчисліть час до: 1) повного зникнення всього індустріального тваринництва разом з мало не усім рільництвом; 2) ліквідації голоду на всій планеті; 3) повернення додому абсолютної більшості усіх незліченних мільйонів іммігрантів. Прошу самостійно продовжити цей перелік перспектив використання бактеріальних та всіх інших ноотехнологій.

А от з науковцями-винахідниками ситуація узагалі парадоксальна, бо Захід (тобто АЦ - Атлантична цивілізація) ще півстоліття тому вирішив категорично заборонити використовувати в друкованих та інших матеріалах у Sciences&Arts слова з літерами «ноо» (пояснення не наводимо, бо воно довге). Інтернет дає змогу кожному з нас швидко переконатися у цьому дивному явищі, яке розпочало радикальним чином гальмувати прогрес і відвернення глобальних загроз. Автора дуже цікавить таке питання: коли Захід відмовиться від цього ментального схиблення і розпочне називати рятівні технології нормальним чином згідно авторської формули «wisetechnology ≡ noootechnology ≡ mudrotechnologii (ukr)» ?

Словосполучення «світові духовно-технологічні революції» у першому наближенні схоже на пропозицію американця Е. Тоффлера (1928-2016) відтворювати новітню еволюцію людства як вервечку «цивілізаційних хвиль» ─ переходів від збиральництва/полювання до сільського господарства, потім до індустріалізму й нарешті (це третя хвиля) до цифровізації. Але нас цікавить не революції у матеріальному життєзабезпеченні, а світоглядно-духовні зміни. Насамперед дві найбільші - ***перехід від канібалізму*** (необмеженого полювання) ***до гуманізму*** та ***винайдення і поширення цивілізованого релігійного світогляду***.

Відмовимося від викладу наукових фактів й авторських гіпотез на основі речень на половину сторінки з десятком наукових термінів у кожному й використаємо авторський рис. 1, де наведена стисла інформації про події останніх 15 000 років, в яких активну роль взяли наші пращури, зокрема дві гігантські особистості Y і Z.

Запрошуємо читачів до акуратного вивчення всього накресленого і написаного на рис. 1. Прошу поставитися по-дорослому, адже це віднайдені і перевірені наукові факти, сукупність яких автор звик відносити не до «історії», а до нооантропології і нооісторії. Саме зараз громадяни України мають найвищу потребу в цих фактах для захисту від «міжнародної брехні» про відсутність «окремого народу українців» та появу слова «Україна» ледь кілька сторіч тому. Східний сусід скеровує на подібну пропаганду кілька мільярдів доларів щороку, витрати атлантичної цивілізації нам невідомі, тому фантазувати не будемо.

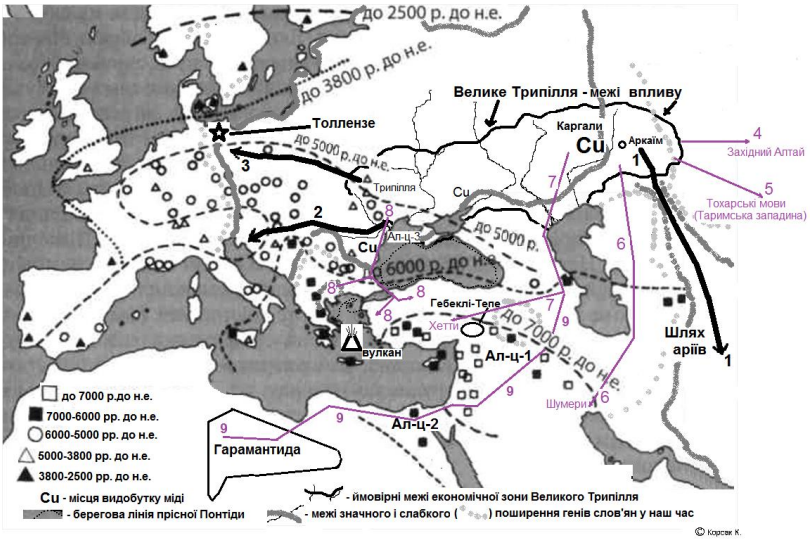


Рис. 1. Виникнення і поширення землеробства, тваринництва і гуманізму

Найновіші досягнення в нооантропології включають докази того, що тривалий час відбувалася запекла конкуренція одразу кількох різновидів «розумних» (Homo Sapiens). Доля (випадковість мутацій) приблизно 300 000 років тому перетворила один різновид у «подвійно розумного» (Homo Sapiens Sapienses - HSS), обдарування якого забезпечило усунення всіх конкурентів через винайдення абсолютної зброї (луків зі смертельними стрілами) та багато чого іншого. Наші прямі пращури перейшли з Африки у Східне Середземномор'я приблизно 50 000 років тому в момент великого «позеленіння» Синайської пустелі. Ця пустеля маленька тільки на мапі чи на глобусі, а насправді пропонує подорожнім щонайменше 200 км пісків і каміння без джерел і струмків. Тому наші пращури негайно використали свій шанс, наче здогадуючись, що невдовзі «зелений перехід» знову стане пустелею.

Настав час перейти від наукових фактів до власних припущень і використати рис. 1. Повна перемога HSS і поліпшення всіх знарядь праці збільшила середню тривалість життя і зростання відсотка осіб «третього віку». У ті часи це був віковий інтервал 37-42 роки (а не >65, як зараз), для якого Природа передбачила дуже серйозну перебудову законів діяльності головного мозку в усіх Хомо. Настільки вагому, що у «найрозумніших державах світу» конституційно заборонено пропонувати на позиції президентів енергійних і фізично обдарованих 20-30-річних «пасіонаріїв».

Приблизно 15 тисяч років тому пращури українців і європейців-землеробів досягли кількісно і якісно стадії поглибленого мислення, розпочавши міркувати над способами цілковитого припинення канібалізму і спокійного нічного відпочинку. Імпульсом до цих роздумів Хомо у Східній Анатолії ми вважаємо просту передбачливість представників мудрого вікового інтервалу, які шукали спосіб ліквідації конкуренції за обмежені природні ресурси. Переходу від цих міркувань до дій сприяли природні умови на теренах, які були у межах того невеликого еліпсу на рис. 1 з написом «Гебеклі-

Тепе», що до порівняно недавнього прибуття турків-сельджуків мав вірменську назву «Портасар».

Там до настання літньої спеки по черзі визрівали дикі злаки й інші рослини не з мікроскопічним, а з чималим насінням. Мисливці ставали «селянами», мали досить часу на спілкування у перервах між жнивами. Це була легка робота, тому серед присутніх переважали не молоді здоровані, а особи старшого віку. Саме тут Хомо зробили перший крок до гуманізму, адже присутні мудрагелі вели «мозкові штурми» на теми не тільки сьогодення, а й найбільш імовірного майбутнього й шукали рятунок від небезпечного зменшення ресурсів.

Ми переконані, що вони розпочали з узгодження моделі «Всесвіту», визнання вищих керівних впливів для періодичних явищ свого довкілля, усвідомлення пріоритетності й необхідності надати молоді головні ідеї та знання для досягнення анти-агресивних переконань і поведінки.

Фактом є те, що 13 500 років тому на пагорбі з назвою «Гебеклі-Тепе» (еліпс на рис. 1) наші пращури разом з іншими майбутніми європейськими землеробами дружним півтисячним колективом спорудили найпершу «храм-обсерваторію», усередині якої навіть у повній темряві легко визначали сторони світу, а в момент появи чи зникнення сонячного диску з непоганою точністю орієнтувалися щодо днів року. Рис. 2 вказує ідею виділення напряму на Полярну (тоді це був яскравий Сиріус). У даний момент на горбі Гебеклі-Тепе розкопують новіші споруди, а загалом турки віднайшли ще аж 11 різних «Тепе» з десятками споруд.

Рис. 2. Реалізація ідеї просторової і часової орієнтації в Гебеклі-Тепе

Що ж це таке і навіщо пращури великими групами витрачали час і сили на їх зведення? Інші автори називають їх сакральними чи просто «першими соборами». Ми пропонуємо інше пояснення, що спирається не на теологію, а на точні науки. Насправді це пригоризонтні обсерваторії й дуже ефективне навчально-виховне приладдя, споруджене нашими генетичними пращурами.

Висловимо ще одну гіпотезу — це був одноосібний винахід ***геніального мудреця з невідомим іменем Y***, адже при колективному обговоренні зазвичай приймають рішення, яке влаштовує всіх, але є неправильним. З безлічі прикладів нагадаємо створення у 1980-х роках багатьма десятками (якщо не сотнями) найкращих науковців Франції дуже детальної «історії майбутнього» для всього XXI століття з описом змагання СРСР і США за довготривалої відсутності хоч якогось впливу Китаю та Індії [1]. Колективність забезпечила повну і рекордну помилковість, адже СРСР зник у момент поширення накладу книги. Французи дуже не люблять згадувати цей епізод.

В Україні саме зараз поширюються колективні рішення АП, КМ і НАНУ. Цілковито помилкові, хоч і не на рівні «досягнення» французів. Та детально пояснимо становище з планами і прогнозами в Україні наприкінці всього тексту.

Інноватори XIII тис. до н.е. досягли безперечного успіху, адже вражаючих уяву молоді навчально-виховних приладів набудували багато. Первинні та цілком правильні припущення про форсмажорний вплив сил Природи випадково отримали більш ніж вагоме підтвердження. Це було колосальне космічне бомбардування, що 12 800 років тому наробило лиха переважно у приполярній частині Північної півкулі [2]. Але один з великих уламків знищив цілу культуру поряд у Сирії. Тому будівельники перших храмів-обсерваторій в Гебеклі-Тепе особисто бачили небесне хвостате страхіття, точно зобразили його на одній з плит нових храмів і отримали вельми переконливий для молоді доказ могутності небесних сил і правильності всього нового гуманістичного світоглядного вчення.

Поряд з кільцевими спорудами множилися невеликі поселення для «матеріальної підтримки» гуманістичного виховного вчення цілеспрямованим одомашненням рослин і тварин, шліфуючи у них правила нового співжиття і гарної поведінки. Мисливство швидко занепадало, а рільництво і скотарство набирало сили разом з повною перемогою над усіма залишками канібалізму й «природно-агресивної поведінки». Вражаючим прикладом сили винайденого цивілізованого архетипу стало поселення Чатал-Гьоюк. Там аж два тисячоліття мешканці добровільно погодилися жити і діяти в «аграрному комунізмі». Не можна не дивуватися тому, що там не було криміналу й суспільної нерівності, випадків крадіжки цінностей з легкодоступних захоронень. Список доказів ідеальної поведінки наших пращурів надто довгий і ми зупиняємо виклад.

Та прихильники старих архетипів нарощували тиск на винахідників й ті поступово зсувалися на Захід у бік Атлантики, що й засвідчує рис. 1. Наші пращури з повним успіхом застосували засади «агрогуманізму» в Трипіллі, перші у світі одомашнили степових коней, поширили вплив на Схід й на основі зручних родовищ міді Уралу організували колосальну й вигідну для усіх економічну зону, для якої ми запропонували назву «***Велике Трипілля — ВТ***». Його місце і головні промені впливу (стріли 1-9) вказані нами на рис. 1.

Багато століть існування ВТ мали наслідком добровільне перенесення до себе посланцями різних народів технологій і ключових термінів. Так мирно через «хмарнотеговий» механізм (наша пропозиція з січня 2017 р.) виникла індоєвропейська сім'я мов і однойменна культура. Вони спиралися переважно на службово-технологічні теги, а не на ідейні та світоглядні. «Посланці» через

цейтнот і мовні труднощі не могли сприйняти все необхідне для формування у них найвищої тогочасної духовності, не могли досягти поширення удома.

Тепер маємо 2022 рік. «Наші гуманісти» частково зберегли свій архетип навіть після розпаду ВТ під впливом вибуху Санторінського надвулкану і тисячоліть життя у «прохідному дворі» між двома частинами світу. А на Заході «геноцидники» (їх нащадками є сучасні європейці) ***дощенту винищили усіх «першоаграріїв».*** Спробували було поткнутися на Слов'янський Схід, але 3250 років тому у битві при Толлензе (вказано на рис. 1) отримали урок, що зупинив їх аж на 2000 років. Пізніше практично безперервно чубилися між собою, створювали колоніальні імперії, століттями спалювали найгарніших дівчат і т.д.

У даний момент Атлантично-геноцидна цивілізація стала менш кривавою. Вона через страх утратити накопичене благополуччя не хоче ще однієї світової війни, але ніяк не може перейти на прадавній землеробський архетип (саме цим можна пояснити різницю в підтримці України поляками і французами та німцями). Автора всерйоз турбує нахабний «ЛБГТ-наступ» і категоричні вимоги скеровувати всю українську наукову продукцію в їх приватні Scopus-WoS видання. Наші посіпаки прогинаються під цим тиском, не помічаючи в цих діях відсутності користі для Вітчизни і значного зниження життєвого рівня наших науковців і освітян. Китай нещодавно категорично відмовився від антигуманних «західних» показників якості вищої освіти і науки й закінчує розробку своїх критеріїв досконалості. Мріємо, що й Україна розпочне процес самостійного мислення (як Ірландія з 1990-х) без запопадливого виконання всіх вказівок брюссельських клерків.

Та перейдемо до викладу найновішої гіпотези автора щодо переходу людства від пошанування цілком конкретних форсмажорних сил і явищ Природи до сприйняття дуже абстрактного чисто релігійного вчення про існування безтілесних богів та їх помічників. У першому наближенні наш аналіз виявив фігуру того інноватора, який ініціював цей перехід і на тисячі років визначив його особливості і перебіг. **Це мислитель Z — Заратуштра**.

Про нього накопичився мало не океан розповідей, міфів і навіть письмових текстів, аналіз якого провела британка Мері Бойс (1920-2006). На початку свого великого тритомника про зороастризм вона вказала, що єдиним автором цього релігійного вчення був Зороастр (Заратуштра). На основі текстів з Рігведи й Авести Мері Бойс дійшла висновку, що він народився в 1700 р. до н.е. «на Схід від Волги», ймовірно — у Синташті (санскр. — *річка з поселеннями*). Там і був виявлений гігантський курган, який оцінили як молоду споруду залізної ери. Це була серйозна помилка, що зумовила недбале «розкопування» бульдозерами і завершилася втратою в московському Інституті археології решток (дуже ймовірно — Заратуштри) і більшої частини матеріалів. Ми у своєму викладі хочемо наголосити на тому, що Z пристосував прадавнє вчення часів Гебеклі-Тепе і пана Y до умов Великого Трипілля, де пояснення молоді цілі, сенсу і правил життя (освіту і виховання) не можна було вести на «навчальному приладді» через його відсутність, а доводилося спиратися на слова.

Як відомо, він запропонував пояснювати все буття вічним протистоянням Добра і Зла — двох богів (безтілесних духів). Кожна людина повинна самостійно обрати когось з них. Пророцтво Заратуштри і його вчення (самоназва — Добра Віра Вшанування мудрості) полягає в тому, що колись

буде кінець світу, тотальне знищення (новий варіант спогадів про комету, що впала 12 800 років тому), і відновлення Добрим Богом до вічного життя усіх тих, хто йшов шляхом правди і порядності. Всі злі будуть покарані чи великими муками чи ще суворіше — «невідновленням».

У розвиток цього абзацу вкажемо факт спорудження вдячними людьми згаданого кургану, прекрасне оформлення задля зручності відвідин Учителя для приєднання до його знань і пророцтв. Його ідеї спершу поширились на Індію і Персію, де зумовили почергову появу юдаїзму і християнства саме на тих територіях, де наші та європейські пращури винайшли землеробство і гуманістичний архетип. Так цивілізований світогляд здійснив своєрідне «повне коло» і повернувся до своїх прадавніх витоків.

Викладену інформацію ми вважаємо корисною для оцінки державних планів і рішень щодо цивілізаційного вибору України. На 2030 рік у нас вирішено будувати світ роботів на основі старих технологій — Індустрію 4.0 (це просто слухняне виконання помилкових рекомендацій з Давосу). В умовах стрімкого збільшення кількості ноотехнологій їх цілковите ігнорування нам просто незрозуміле. Але ще гірша ситуація зі світоглядним вибором.

Сумні наслідки виконання українцями західних вказівок усім відомі й не варті додаткових описів. Сконцентруємося на стратегії й поглянемо на фундаментальний твір про рух до майбутнього з назвою «Цивілізаційний вибір України: парадигма осмислення і стратегія дії: національна доповідь», нещодавно створений мало не півсотнею провідних фахівців Національної академії наук України [3]. Це й справді видатний аналіз українського сьогодення, в якому стверджується, що у наші дні все «цивілізаційне світло» плине від Атлантики, що тільки там панує прогрес, а тому його автори впевнені в своїй колективній рекомендації для всіх громадян України. Воно звучить так:

«*Зосередившись на євроатлантичному цивілізаційному векторі, Україна зможе позбутися рис маргінальної суміжної цивілізації, конфліктного потенціалу культурного і релігійного еклектизму, зміцнити національну ідентичність, надати їй чітких рис, що має бути втілено у реалізацію відповідного цивілізаційного проекту»* [3, с.272].

Ми не згодні з цією наївною гіпотезою про досягнення щастя і благополуччя через бездумне копіювання всіх ознак «західної цивілізації», адже попри гарне словоблуддя вона насправді фаворизує багатих і жадібних, безпринципних і некультурних у родинних і безлічі інших важливих питаннях.

Тому настав момент скерування українських ресурсів на заміну європейських індустріальних виробництв екологічно ідеальними ноотехнологіями й на розвиток великої групи ноонаук. Молодь повинна оволодіти правдивими знаннями про колосальні досягнення пращурів, про їх роль у «першому одуховленні людства» трипільських часів, а у власному особистому житті скерувати свої спроможності на прогрес Вітчизни на основі ноонаук для перетворення її у першу на планеті ***нооцивілізацію.***

Нам лишається запропонувати керівництву і колективу Київського медичного університету виявити дрібку сміливості й додати до останнього слова у своїй назві грецького походження літери «ноо».

Це буде цілковито справедливо і через перетворення Вітчизни в кінця лютого 2022 року в головного захисника праукраїнського гуманістичного архетипу на всій планеті, лідера в сміливості й прагненні до свободи,

«ноопрогресора» й джерела другого в історії нашого народу «одуховлення світу» (витоком першого були Трипілля і Велике Трипілля).

Друге українське одуховлення світу може (і повинно!) стати повноцінним нооодуховленням, адже передбачений нашим генієм В. Вернадським рух людства до ноосимбіозу з довкіллям (маємо на увазі його статтю [4]) дуже прискорився у даний момент часу. З весни 2019 року рятівні для всього людства ноотехнології примножуються в чисельності майже по експоненті (по 2-3 за місяць). Майбутнє створюють на планеті майже 10 млн. науковців PhD-рівня, а не кілька десятків крикливих персонажів зі світових ЗМІ з низькими (або взагалі дикунськими) поведінковими характеристиками.

Ми проти перетворення у перший нооуніверситет світу якогось зарубіжного закладу (навіть, якщо це виявиться Гарвард, що рухається до лідерства в реалізації нооревolюції в гуманітарній сфері знань).

МОРАЛЬНЕ право на це має тільки сучасний український нооуніверситет!

Література

1. Gaudin Th. (1990). *2100 recit du prochain siecle*. Paris, Editions Payot

2. Firestone, R. et al., (2008). Richard Firestone, Allen West, Simon Warwick-Smith. *The Cycle of Cosmic Catastrophes. Flood, Fire, and Famine in the History of Civilization.* Transl. Pomogaibo, A.F. M.,Vieche (in Russian)

3. Цивілізаційний вибір України: парадигма осмислення і стратегія дії : національна доповідь / ред. кол.: С. І. Пирожков, О. М. Майборода, Ю. Ж. Шайгородський та ін. ; Інститут політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України. - К. : НАН України, 2016. - 284 с. (URL: https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/civilization_Ukraine_site_210.pdf)

4. Vernadsky W. (1925). L'autotrophie de l'humanite // *Revue generale des sciences*. 1925. No. 17/18. Pp. 495–502 (http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k171004/f500.item.zoom).

Косенко Ю.Г.

завідувач підготовчого відділення Сумського національного аграрного університету

Формування комунікативної компетентності у процесі навчання української мови іноземних здобувачів підготовчих відділень

У процесі навчання української мови як іноземної визначальну роль відіграє наочність, що базується на розвитку образного мислення і є інструментом швидкого й ефективного засвоєння нового матеріалу. З метою зацікавлення здобувачів підготовчих відділень до вивчення української мови більшість викладачів-мовників використовують на заняттях словники з перекладом на англійську мову, що сприяє розвитку їхнього фахового мислення і культури мовлення, комунікативно-професійної компетентності, необхідної для пізнавання нових слів, конструювання власних різностильових висловлювань відповідно до норм українського комунікативного етикету.

З урахуванням того, що формування комунікативної компетентності пов'язане з текстами за фахом, вербальними і невербальними засобами спілкування, підвищенням ефективності навчання УМІ / РМІ у ЗВО, розвитком професійного усного й писемного мовлення, виділено п'ять основних структурних компонентів системи формування комунікативної компетентності іноземних студентів: мотиваційний (внутрішня готовність до навчальної діяльності, усвідомлення пізнавальних потреб, мотивів і сенсів навчання, прагнення до оволодіння знаннями, уміннями, навичками для досягнення позитивного результату в навчальній і майбутній професійній діяльності); діяльнісний (характер навчальної дії, мета діяльності, особливості міжособистісних стосунків; цілеспрямована організацію суб'єкт-суб'єктної взаємодії); когнітивний (забезпечення майбутніх фахівців системою професійних комунікативних знань, вироблення здатності студентів до самостійного навчання й самовдосконалення); комунікативний (активне використання мовних знань у спілкуванні мовою навчання, формування навичок діалогічного мовлення відповідно до ситуації спілкування, розвиток і вдосконалення мовленнєвих умінь у читанні, аудіюванні, говорінні й письмі); поведінковий (взаємодія особистості з навколишнім світом і самосвідомістю, система цінностей, ціннісний досвід, який орієнтує зусилля студентів на розв'язування проблемних і пізнавальних завдань). [1, С. 22-23].

Пропонуємо продемонструвати практичну реалізацію комунікативного підходу, відео матеріали яких розміщені на Youtube каналі «Твій успіх» Yulia Kosenko - YouTube

Словник до теми «Частини тіла й органи людини».

мозок	brain
кишечник (кишківник)	intestine
вухо	ear
нирки	kidneys
частини тіла	body parts
голова	head
тулуб	body
нога – ноги	leg – legs
рука – руки	hands
шия	neck
шлунок	stomach
печінка	liver
спина	back
лопатки	shoulder blades
плече	shoulder
крижі	sacrum
поперек	across
тулуб	body
груди	breast
ключиці	collarbone
живіт	stomach
пупок	navel
серце	heart
сечовий міхур	bladder

кровообіг	blood circulation
вени (сині)	veins (blue)
артерії (червоні)	arteries (red)
селезінка	spleen
органи	organs
мозок	brain
легені	lungs
печінка	liver
нирки	kidneys
сечовий міхур	bladder
кишечник (кишківник)	intestine
селезінка	spleen
шлунок	stomach
серце	heart
стравохід	esophagus
стопа	foot
великий палець	thumb
підошва	sole
п'ята	heel
шкіра	skin
скелет	skeleton
череп	skull
хребет	spine
нижня щелепа	mandible
ключиця	collarbone
ребро	edge
крижова кістка	sacral bone
кістки руки	hand bones
кістки ноги	leg bones
тазова кістка	pelvic bone
ніс	nose
рот	mouth
губи	lips
ясна	gums
зуби	teeth
кисть	brush
великий	big
указівний	pointing
середній	average
підмізинний	submissive
мізинець	little finger
органи чуття	senses
(око) зір	(eye) eyesight
вухо (слух)	ear (hearing)
шкіра (дотик)	skin (touch)
язик (смак)	tongue (taste)
ніс (нюх)	nose (scent)
нога – ноги	leg – legs
стегно	thigh
гомілка	shin

коліно	knee
стопа – стопи	foot – foot
щиколотка	ankle
волосся	hair
рука – руки	hand – hands
кисть	brush
зап'ясток	a wrist
передпліччя	forearm
лікоть	elbow
плече	shoulder
легені	lungs
язик	tongue
гіркий	bitter
солодкий	sweet
солоний	salt
кислий	sour
око – очі	eye – eyes
брова – брови	eyebrow – eyebrows
верхня повіка	upper eyelid
вії	eyelashes
нижня повіка	lower eyelid
радужка	iris
зіниця	pupil
м'язи	muscles
голова	head
око – очі	eye – eyes
лоб (чоло)	forehead
обличчя	face
щока	cheek
рот	mouth
підборіддя	chin
ніс	nose
вухо – вуха	ear – ears
волосся	hair

Отже, формування комунікативної компетентності у процесі навчання української мови іноземних здобувачів підготовчих відділень відбувається завдяки мотиваційному, діяльнісному, комунікативному, когнітивному та поведінковому компонентам у взаємодії вербальних і невербальних аспектів спілкування.

Список використаної літератури

1. Субота Л. А. Система формування комунікативної компетентності іноземних студентів фармацевтичних спеціальностей у процесі навчання української і російської мови: дис. … д-ра пед. наук: 13.00.02 / Херсонський держ. ун-т. Херсон, 2019. 496 с.

Котко Д.М., д.м.н., доц., каф. спортивної медицини
Гончарук Н.Л., ст.викл. каф. спортивної медицини
Нац. ун-тет фізичного виховання і спорту України, Київ

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТА ПІД ЧАС ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ
(Розумова праця та фізична активність як провідні фактори, які формують здоров'я та особистість студента)

Культура навчальної праці студента характеризується чисельними факторами, які впливають на здоров'я та формування його особистості. Праця студентів є переважно розумовою. Вона супроводжується психоемоційним напруженням, випромінюванням під час праці за комп'ютером. Стан може погіршуватись побутовими конфліктами, та такими, які пов'язані з навчанням, дефіцитом матеріального забезпечення та інш. Негативні впливи, пов'язані з освітою погіршують здоров'я згідно даних наукових джерел на 40%.

Висока залежність росту відхилень у стані здоров'я студентів пов'язана з інтенсивністю навчальних навантажень. Особливо загроза здоров'ю висока в періоди екзаменаційних сесій. Напружена розумова праця, недостатній сон призводять до порушення взаємозв'язку між симпатичним та парасимпатичним відділами вегетативної нервової системи, виникає виражена активація симпатичного відділу. Наслідком цього є накопичення адреналіну, норадреналіну в крові, які в такій ситуації не витрачаються в організмі як стимулятори утворення енергії м'язів. Не використання норадреналіну та адреналіну погіршує ситуацію: найбільше порушується сон, виникає безсоння, в подальшому виникають неврози, що є передумовою захворювань різних систем організму.

Вищезазначене передбачає впровадження низки організаційних заходів в освіту, які спрямовані на виключення шкідливих впливів навчання у вигляді нервових перевантажень, стресів. Поряд із заходами, які нормалізують психічну сферу, такими як аутотренінг, нормалізація сну, режим дня, загартування, найбільше значення з них має фізична активність.

Систематичне заняття фізичними вправами поліпшує кровопостачання мозку, поліпшується взаємозв'язок симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, загальний стан нервової системи на всіх її рівнях.

Збільшується сила, рухливість нервових процесів. Людина стає більш організованою в побуті і роботі. При відсутності необхідної м'язової активності відбуваються небажані зміни функції мозку і сенсорних системи, знижується рівень функціонування підкоркових утворень, що відповідають за роботу органів чуття або керують життєво важливими функціями (дихання, кровопостачання, травлення та інш). Знижуються загальні захисні сили організму, збільшується ризик виникнення різних захворювань. Такі випадки характеризуються нестійкістю настрою, порушенням сну, нестриманістю, ослабленням витримки.

Фізичні вправи здійснюють різнобічний вплив на психічні функції, забезпечуючи їх активність і стійкість. Нервова система студентів, які з дитинства займались фізичними вправами є більш стійкою до психічного напруження та його негативного впливу в процесі отримання освіти.

Це зумовлює мотивацію привчати дитину до необхідності фізичної активності з дитинства, тоді освітній період буде здійснюватись легше та успішніше.

Котко Д.М., д.м.н., доц., каф. спортивної медицини
Гончарук Н.Л., ст.викл. каф. спортивної медицини
Нац. ун-тет фізичного виховання і спорту України, Київ

ЗНАЧЕННЯ ДЕЯКИХ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ В ФОРМУВАННІ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТА

Якісний стан компонентів довкілля значно впливає на здоров'я людини. Студент є молода людина, особистість якої формується під впливом сукупності факторів. Це житлові умови, відносини у сім'ї, її матеріальний стан, навчальний процес, спосіб життя. Цим факторам у наукових джерелах приділялось досить багато уваги. Менше розглядались питання впливу довкілля на формування особистості студента. І тому метою роботи є аналіз даних про ступінь впливу довкілля, зокрема фізичних негативних факторів повітря, на здоров'я і працездатність студента, формування його особистості. Фізичними компонентами довкілля, вміст яких не повинен перевищувати норму, є тверді фізичні сполуки, температура й вологість повітря, наявність і природний рівень радіоактивності, напруження магнітного поля та інші.

Вибір місцевості для будівництва навчальних споруд, гуртожитків, бібліотек потребує диференційованого підходу. Для його використання необхідно знати про негативний вплив змінених властивостей повітря і кожної зміненої властивості окремо. Тому проаналізуємо деякі з них.

Прозорість повітря, зменшується при запиленні різними фізичними частками, зокрема це ґрунт, цемент, дим, сажа, кіптява інше, скорочується тривалість дня, а тому подовжується період освітлення.

Температура повітря також досить істотно змінюється суспільством Наприклад, у великих містах повітря завжди, особливо це помітно взимку і влітку, на 4-8° тепліше, ніж в передмісті, а тому в них, рідше бувають заморозки, над містами утворюються «острівки» теплого повітря, які впливають на характер його потоків і розсіювання забруднювачів. В атмосфері з'явилися нові компоненти, а саме отрутохімікати, синтетичні речовини. У ній присутні радіоактивні речовини, важкі метали. Вони впливають на організм будь-якої людини і студентів зокрема, викликаючи різні захворювання, зниження працездатності, порушення нервової діяльності, зору. Хмарність, а також тумани, скорочуючи світловий день, також негативно позначаються на самопочутті. Внаслідок туманів зменшується доза ультрафіолетового опромінення, яке позитивно впливає на здоров'я. Вітер, як і опади, посилюється при вирубці лісів та створенні водосховищ, послаблюється при створенні лісосмуг і лісових масивів. Задимлення повітря веде до погіршення мікроклімату, а саме збільшення числа туманних днів, зниження видимості, освітленості, ультрафіолетової радіації. Всі ці зміни повітря впливають на організм студента, викликаючи різні захворювання, зниження розумових можливостей, пам'яті, порушення нервової діяльності.

Погіршення стану повітря також сприяє використання усіх видів палива. Забруднення атмосфери знижує також кількість сонячної енергії, що

потрапляє на Землю. Люди отримують на 66% менше сприятливо активних сонячних променів. Пил, який потрапляє в дихальні шляхи, руйнує слизові оболонки, таким чином відкриває ворота інфекції, що викликає силікоз та інші захворювання.

Задимлення повітря веде до погіршення мікроклімату, а саме збільшення кількості похмурих днів. Коли шар теплого повітря утворюється над холодним шаром поблизу від землі, виникає температурна інверсія, наслідком якої є порушення циркуляції повітря. У результаті отруйні виділення, не маючи виходу вгору, накопичуються безпосередньо над землею. Утворюється туман-смог, який дуже погано впливає на стан організму. Особливо тяжке становище створює сухий туман з вологістю близько 70%, який називають фотохімічним смогом.

Під час смогу з'являється неприємний запах, різко погіршується видимість. У студентів, як і у будь-якої людини, фотохімічний смог викликає подразнення очей, слизових оболонок носа і горла, симптоми задухи, загострення легеневих і різних хронічних захворювань.

Кожна людина сприймає шум по-своєму. Міський шум постійно напружує слуховий аналізатор. Це викликає збільшення порогу чутливості на 10-25 дБ А. Шум ускладнює розбірливість мови, особливо при рівні шуму понад 70 дБ А.

Погіршення слуху, яке відбувається під впливом сильного шуму, залежить від спектру звукових коливань і характеру їх зміни. Втрата слуху може спостерігатись навіть після короткого впливу шуму порівняно помірної інтенсивності, дехто може працювати при сильному шумі тривалий час без помітної втрати слуху. Постійний вплив сильного шуму не тільки негативно впливає на слух студента, але й викликає інші шкідливі наслідки – дзвін у вухах, запаморочення, головний біль, підвищення втоми, що погіршує їх можливість засвоєння навчального матеріалу. Результати дослідження асоціативних реакцій свідчать про те, що в осіб, які живуть в несприятливих акустичних умовах, є початкові ознаки змін не тільки слуху, але і центральної нервової системи.

Порівняно невеликий за інтенсивністю шум, викликаний літаками (50-60 дБ А), може стати умовним подразником і, не тільки електрокортикальних рефлексів, але й інших впливів на організм. Лише годинний вплив шуму авіаційних двигунів з рівнем понад 70 дБ А призводить до появи стійких зрушень у функціональному стані центральної нервової системи.

Вплив шуму треба також враховувати при виборі місцевості перебування студентів (навчальні корпуси, гуртожитки) .

Дослідження, проведені відносно впливу мобільного телефону на організм людини показали, що випромінювання найпопулярніших сьогодні у світі мобільних телефонів майже відповідає рівню, вказаним виробниками, і набагато нижче потрібних норм. Це обов'язково треба знати студентам.

Усі минулі дослідження розглядали в основному проблему виникнення ракових пухлин внаслідок пошкодження молекул ДНК, які можуть виникнути у результаті локального нагріву при поглинанні електромагнітних хвиль.

Збільшення взаємодії між еритроцитами може в кінцевому результаті призвести до збільшення в'язкості крові, що вплине на роботу серцево-судинної системи.

Для всіх фізичних негативних факторів встановлено гігієнічні нормативи — граничні допустимі концентрації, дози, рівні, які треба

враховувати при оцінці довкілля перебування студентів. Високі досягнення студентів забезпечує в певному ступені перебування їх в чистій від фізичних забруднень місцевості.

Лантух І.В.*, д.псих.н., доцент
Лантух А.П.*, к.ф.н., доцент
Меркулова Н.Ф.**, к.м.н., доцент
***** ПВНЗ «Харківський інститут медицини та біомедичних наук»
** Харківський національний медичний університет

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОГО СТУДЕНТСТВА ТА СИСТЕМА СОЦІАЛЬНИХ ЗАГРОЗ

Психічне здоров'я ми розуміємо як стан психологічного та соціального благополуччя, при якому людина реалізує свої можливості, ефективно протистоїть життєвим труднощам та стресу, здійснює продуктивну свідому діяльність і вносить свій внесок у розвиток соціуму. Як відомо, індивідуальне здоров'я особистості складається із фізичного, соціального, духовного та психічного здоров'я. У цьому ланцюжку психічне здоров'я має не аби якого значення. Тим більше, що за даними ВООЗ 12 % усього населення Земної кули, або 450 млн. (тобто кожний четвертий) в усьому світі страждає від психічних розладів.

Показниками психічного здоров'я є емоції, мислення, пам'ять, темперамент, характер. Воно характеризується рядом моментів, а саме:

- *вмінням вибудовувати відношення із оточуючими*. Ці відношення є позитивними, доброзичливими. Вони будуються на тому, що людина сприймається такою, якою вона є;
- *бажанням та здатністю працювати* не тільки на професійній стезі, але й на стезі творчості, робити внесок у розвиток усього суспільства. Це свідчить про те, що людина створює цінності не лише для своєї родини, але й для всього суспільства;
- *здатністю «грати»,* тобто грати символами (використовувати гумор, метафори, приймати участь у спорті, співах, танцях);
- *автономністю*, що означає самостійність вибору особистості, яка несе відповідальність за цей вибір;
- *розумінням етичних норм*, де особистість усвідомлює зміст та необхідність слідувати їм, гнучко застосовувати їх при певних обставинах, що дає можливість змінити лінію поведінки в межах розумного;
- *емоційна стійкість,* що не дозволяє емоціям управляти особистістю, де домінує розум;
- *гнучкість застосування захисних механізмів,* що означає вибір ефективних засобів для захисту психіки;
- *усвідомленість* - це означає, що здорова психіка особистості віддає перевагу справжнім почуттям, що вона здатна проаналізувати свою реакцію на слова інших;

- *здатність до рефлексії,* тобто вміння особистості своєчасно звернутися до самої себе, проаналізувати причини певних подій у власному житті, зрозуміти, як вчинити подальше;
- *адекватна самооцінка* – це реалістична самооцінка і самосприйняття себе згідно дійсним рисам характеру та їх особливостям.

Психічне здоров'я надзвичайне крихке утворення. Чинники, які можуть його зруйнувати, знаходяться у різноманітних площинах. Це і шкідливий вплив оточуючого середовища, і хвороби, і генетично запрограмовані моделі поведінки, і різноманітні залежності та привикання, а також негативні звички, такі як алкоголізм, паління, наркоманія. Усі ці чинники здатні у тій чи іншій формі впливати на людину, викликаючи важкі хвороби, неадекватні стани.

Узяти хоча б пандемію COVID-19 та її наслідки. Дослідження підтвердили, що у третини перехворівших цією хворобою знайшли нервові розлади. Причому, чим важче людина переносила коронавірусну інфекцію, тим сильніше були виражені наслідки для її нервової системи та психіки. Кожний третій, що перехворів на цю хворобу страждає від нервового або психічного розладу, який фіксується через шість місяців після зараження. Частота нервових розладів у COVID - пацієнтів сягає 33,62 %. Про це свідчать результати дослідження вчених, які були опубліковані у журналі «The Lancet» на початку 2021 р.. Як свідчать дослідження, найбільш частими наслідками коронавірусу є тривожні розлади. Вони діагностовано у 17,39 % респондентів. 14 % перехворівших страждають афективними розладами. Серед інших діагнозів були названі ішемічний інсульт, деменція, слабоумство, безсоння. На думку вчених, вірогідність розвитку неврологічних ускладнень вища, якщо людина складніше перенесла коронавірус і проходила лікування у реанімації, вона становить 46 %. Причому 13 % дослідженим діагнози психічних розладів ставилися вперше. Але якщо врахувати, що в Україні сьогодні за добу фіксують 19521 252 нових випадків захворювання на COVID-19 (вересень 2022 р.), то людей з психічними розладами буде ставати все більше.

Страшною соціальною загрозою для сучасного українця, а отже і для студентства, для його психічного здоров'я є повномасштабне вторгнення Росії в Україну. Це є війна, яка вразила усіх. Бомбардування, ракетні та артилерійські обстріли, повітряні тривоги, окуповані території, де відбуваються безчинства з боку окупантів, як свідчать Ірпінь, Буча, Ізюм - усе це породжують перманентний стрес, який негативно впливає на психічне здоров'я. І взагалі, війна – це «хвороба», поки вона йде, від неї не можна позбавитися. Вже зараз понад половини населення України потребує втручання психолога, що є тривожним сигналом, щодо психічного здоров'я нашого населення.

Усе це відноситься і до студентської аудиторії. Дбати про її здоров'я, особливо в умовах пандемії, війни завдання керівництва вишу. Тому допомогти студентству зробити щеплення, інформувати їх про правила гігієни під час пандемії, запросити лікарів-інфекціоністів, які б розтлумачили студентській аудиторії актуальність вакцинації, бо незважаючи на велику кількість безперечних доказів її ефективності, дана тема має чимало міфів, які поширені навіть серед студентів-медиків. Щодо війни, то, на наш погляд, необхідно організовувати on-line зустрічі з психологом студентів усіх курсів, що буде забезпечувати психологічне розвантаження молодих людей. Ці та інші

заходи допоможуть уникнути психофізіологічні хвороби та їх наслідки і зберегти психічне здоров'я особистості студента.

Список літератури

1.Соціальна медицина та організація охорони здоров'я/ Під ред.. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.

Лазоренко Л.В., д.е.н., доцент
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології,
Київський медичний університет

РОЛЬ ДІЛОВИХ ІГОР ТА КЕЙС-СТАДІ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

З метою удосконалення та активізації навчального процесу необхідно застосовувати різні методи і способи ведення аудиторних занять. Викладачі при проведенні занять часто використовують технічні засоби та програмне забезпечення. Все це має безперечно позитивний вплив на перебіг навчального процесу. Але, на жаль, використання технічних засобів можливо далеко не завжди. Обмеженість матеріальних ресурсів закладів вищої освіти, відсутність спеціальних знань і навиків користування спеціальною технікою та програмним забезпеченням у певної категорії викладацького складу, потреба аудиторії у живому спілкуванні, а найголовніше, що при викладанні не всіх навчальних дисциплін можна використовувати технічне та програмне забезпечення. Мова йде, в першу чергу, про блок гуманітарних дисциплін. Яким чином побудувати заняття з таких дисциплін так, щоб було цікаво студентам і мало результат у процесі засвоєння здобутих знань.

У цьому випадку на допомогу приходять ділові ігри та кейси. Адже, будь-яку ситуацію можна обіграти таким чином, щоб і проблему розв'язати, і пройдений матеріал закріпити, і аудиторію зацікавити. Те ж саме стосується і кейсових завдань.

Причина підвищеного інтересу до ділових ігор полягає в їхніх відмінних від традиційних методів навчання рисах, а саме:

- процес навчання при використанні ділових ігор максимально наближений до реальної практичної діяльності;
- ділова гра є ігровим методом навчання, де всі учасники виступають у різних ролях і приймають рішення відповідно до інтересів своєї ролі;
- ділова гра – колективний метод навчання, у той час як традиційні методи орієнтовані, в основному, на індивідуальне навчання;
- у ділових іграх спеціальними засобами створюється певне емоційне налаштування гравців, так зване "кероване напруження" [1, с. 191].

Вчений Ю. Арутюнов вважає, що ділову гру можна розглянути як нову галузь діяльності, як імітаційний експеримент, як форму рольового навчання, як метод навчання, дослідження й вирішення освітніх і виховних завдань [2, с. 22].

У вигляді ділових ігор доцільно проводити семінарських та практичні заняття з навчальних дисциплін, які за своєю програмою не передбачають розв'язку задач, здійснення розрахункових робіт, проведення практичних досліджень. В першу чергу, це слід робити з метою підвищення ефективності

роботи студентів в аудиторії, закріплення пройденого матеріалу, сприяння розвитку уявного мислення студентів, генерування ними різноманітних ідей та наближення аудиторних занять якомога ближче до практичних умов діяльності підприємств і організацій.

Беручи участь у діловій грі, студент автоматично виконує певну роль, уявляє себе людиною, що займає ту чи іншу посаду на підприємстві або те чи інше положення в суспільстві. Він починає мислити саме з такої позиції, приймає відповідні рішення, використовуючи при цьому знання, отримані під час лекцій або самостійної роботи.

У діловій грі може бути задіяна необмежена кількість учасників. З метою підвищення ефективності проведення таких занять можна поділити групу на декілька міні-груп, які будуть виконувати одне й те ж саме або подібне завдання. Таким чином, всі студенти групи будуть задіяні у грі, а отже, зможуть висловити своє бачення проблеми, відстояти свою думку та продемонструвавши здобуті знання.

Такий спосіб проведення практичних занять сприятиме встановленню в аудиторії невимушеної атмосфери, в якій ніхто не боїться висловити свою точку зору і переконати інших у своїй правоті. Студенти матимуть можливість вільно вести дискусії з різних питань, що обговорюються на занятті. Викладач, в свою чергу, зможе оцінити не лише знання студентів з даної дисципліни, а й матиме уявлення про загальну ерудицію аудиторії, її загальну підготовку, а також зможе оцінити психологічні якості кожного студенти та колективу в цілому, що допоможе йому при подальшій підготовці лекційних і практичних занять та розробці завдань для самостійної роботи студентів.

Кейси надають змогу реалізовувати ідею навчання, орієнтованого на студентів.

За змістом кейси поділяються на:

1) аналітичні (при вивченні яких треба провести аналіз описаної ситуації),

2) проблемні (при вивченні яких слід прийняти рішення щодо описаної проблеми),

3) описові (де кейси є ілюстративними та описують проблему з уже готовим рішенням) [3, с. 279].

Чим реалістичніший та переконливіший кейс, який також відзначається емоційним наповненням, тим сильніше він підштовхує студентів до прийняття відповідальних рішень в організації, творчого та аналітичного підходу до «реальної» ситуації.

У викладанні гуманітарних дисциплін головним акцентом кейсу є потреба у прийнятті рішення на основі описаної історії. Таким чином, у центрі кейсу повинна бути цікава та наближена до реалій історія, дилема чи конфлікт, що концентрує на собі увагу студентів та своїм емоційним зарядом підштовхує шукати вихід, ефективне рішення чи розробку алгоритму дій [4].

Для медичних спеціальностей найбільш цінним є аналітичний тип кейсів, що фокусується на причинах описаних подій чи явищ, допомагаючи навчитись аналізувати події чи вчинки людей, шукаючи їх причини для акцентування уваги та вчасного втручання. Описові кейси можливі до застосування для ілюстрації певного теоретичного аспекту, пов’язуючи його з практикою та зосереджуючи увагу на важливості його застосування в повсякденній практиці.

Отже, ділова гра та кейси – це ефективний механізм, що сприяє підвищенню якості проведення семінарських та практичних занять з гуманітарних дисциплін та здатні прискорити досягнення поставлених освітніх завдань.

Список використаних джерел:

1. Платов, В. Я. Деловые игры: разработка, организация, проведение: [учебик]. Москва : Профиздат, 1991. 192 с
2. Арутюнов, Ю. С. О классификации методов активного обучения. *Межведомственная школа-семинар по активным методам обучения "Применение активных методов обучения в учебном процессе"*: Тез. докл. Рига, 1983. С. 21–24
3. Шумська С. Є., Бучинська. Т. В. Використання кейс-методу у професійному навчанні. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2013. №2(8). С. 277–280.
4. HBS Case Development // Harvard Business School. URL: http://www.hbs.edu/faculty/research/Pages/case-development.aspx (дата звернення 22.02.2022)

Лихасенко І.В., д.м.н., проф., Запорізький держ. мед. ун-тет
Лукашенко Л.В., к.м.н., доц., Запорізький держ. мед. ун-тет

Питання викладання діагностики захворювань серцево-судинної системи на етапі навчання на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини, променевої діагностики та променевої терапії

.

Сучасне суспільство вимагає глибокої підготовки усіх його членів до використання інформаційно-комунікаційних технологій у своїй професійній діяльності [1]. Вдосконалення системи навчання студентів сучасним методам діагностики захворювань кардіологічного профілю є запорукою знань і умінь лікаря в наданні своєчасної медичної допомоги хворим. Діагностика захворювань серцево-судинної системи займає одне з провідних місць в тематичних навчальних планах на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини, променевої діагностики та променевої терапії. Провідне місце в вивченні кардіологічних захворювань приділяється таким хворобам, як артеріальна гіпертензія і ішемічна хвороба серця, враховуючи значну поширеність цих патологічних станів.

Кінцевою метою навчання, яка здійснюється безпосередньо на кафедрі, є засвоєння навичок огляду, пальпації передсерцевої ділянки, перкусія та аускультація серця у хворих кардіологічного профілю.

Першим етапом у вивченні теми є контроль початкового рівня знань і умінь студентів, отриманих на попередніх етапах навчання. Подальший процес засвоєння знань і умінь студентів полягає в їх самостійній роботі при постійному контролі викладача на практичному зайнятті [2, с. 151; 3, с. 110].

Професійна підготовка фахівців-медиків також неможлива без застосування комп'ютерної техніки. Комп'ютерні технології дозволяють набагато раніше уявити відомості про новітні досягнення науки, а також оцінити міру засвоєння матеріалу. Закономірним етапом в розвитку системи навчання стало створення комп'ютерного класу на кафедрі, що дозволяють в

повному об'ємі ознайомитися майбутнім лікарям з широким спектром новітньої інформації.

Величезну увагу кафедра приділяє глибокому вивченню різних питань що стосуються інструментальної діагностики захворювань серцево-судинної системи, тому наступним етапом в розвитку системи навчання стало створення онлайн-курсу «Інструментальні методи дослідження в клініці внутрішніх хвороб» на платформі Edx для самостійного засвоєння матеріалу. Структура онлайн-курсу має ряд істотних властивостей, які притаманні тільки електронному варіанту, що значно поліпшує засвоєння інформації та включає презентацію, теоретичний матеріал і відео з демонстрацією методів дослідження кардіологічного хворого [4, с. 190]. Такий пошук здійснюється завдяки системі навігації за ключовими словами, специфічними термінами або за допомогою електронного меню, підручника, що містить усі розділи. Безперечною перевагою онлайн-курсу є і можливість анімації різних схем, малюнків, відеозаписів що дозволяє наочніше ілюструвати процеси, що надаються в підручнику. Це дозволило створити для студентів умови ознайомлення з широким спектром досліджень серцево-судинної системи: трансторакальною ехокардіографією, тканинною міокардіальною імпульсно-хвильовою доплерографією, стресовою ехокардіографією.

Навчальні посібники і представлені в них клінічні завдання і тести дозволяють вирішити багато питань відносно формування певних умінь і практичних навичок, у тому числі надання медичної допомоги в екстрених ситуаціях і при невідкладних станах.

Освоєння практичних навичок професії стало генеральним завданням навчального процесу. Одним з популярних напрямів є розвиток симуляційного навчання. Тренінгова підготовка студентів на базі Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) стала обов'язковою складовою вивчення медичних дисциплін. Само собою, це спричинило появі різноманітних віртуальних тренажерів, що відповідають різним завданням в навчальному процесі. На базі ЗДМУ створений Міжкафедральний тренінговий центр, один з кращих в Україні тренінгових центрів, що дає можливість студентам засвоювати навички аускультації серця при різних захворюваннях серцево-судинної системи з використанням інтерактивних манекенів. Також на базі центру студенти засвоюють навички реєстрації ЕКГ, вимірювання артеріального тиску та надання невідкладної допомоги при критичних станах.

Подальше вдосконалення викладання і системи підготовки студентів на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини, променевої діагностики та променевої терапії, одне з основних завдань. Відпрацювання практичних навичок за допомогою муляжів та манекенів – передумова поліпшення якості надання вищої медичної освіти.

Література

1.Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012-2021 рр. [Електронний ресурс].-Режим доступу: http://www.mon.gov.ua/images/files news/12/05/4455.pdf

2.Сиволап В.В. Підвищення якості самостійної роботи студентів при вивченні дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» В.В. Сиволап, І.В. Лихасенко, Л.В. Лукашенко // Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2018: матеріали Всеукр. наук.-метод. відеоконф. з міжн. участю (25-26 квітня 2018 року, м. Запоріжжя). – Запоріжжя, 2018. – С. 151

3.Жеманюк С.П. Використання засобів відеоінформації на етапі формування практичних навичок при вивченні клінічних дисциплін / С.П. Жеманюк, В.В. Сиволап, Л.В.

Лукашенко, І.В. Лихасенко // Матеріали Всеукр. наук.-метод. відеоконф. з міжн. участю «Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2018» (25-26 квітня 2018 р.). – Запоріжжя, 2018 - С. 109-111
4.Syvolap V.V. E-learning as a component of students training at the department of propedeutics of internal medicine / V.V.Syvolap, L.V. Lukashenko, I.V Likhasenko // European humanities studies: State and Society.-№4.-2016.- P. 184-193

Марушко Ю.В., д.м.н., проф., зав.каф.педіатрії **
Чабанович О.В., к.м.н., асист.каф.педіатрії **
Бойко Н.С., к.м.н., доц.каф.педіатрії **
** Ін-тут післядипл. освіти НМУ імені О.О. Богомольця

Оптимізація викладання педіатрії в умовах пандемії COVID-19

Швидкі темпи розвитку науки, техніки,глобальні зміни, які відбуваються останнім часом в сучасній медичній науці на фоні пандемії Covid-19 потребують удосконалення методів діагностики талікування багатьох захворювань, а такожвикористання нових інноваційних методів викладання дитячих хвороб. Такі підходи співзвучні з реформуванням вищої медичної освіти та потребують більш глибокого осмислення навчального процесу з лікарями-інтернами, модернізації та оптимізації системи підготовки майбутніх лікарів.

Головна роль в підготовці лікарів належить викладачам кафедр вищого медичного навчального закладу, як організаторам освітнього процесу. Актуальним є формування у викладачів ряду компетенцій, а саме психолого-педагогічних, професійно-лікарських, науково-дослідних та компетенцій в сфері технічних засобів навчання. Все це є складовими компетенції [1,с. 100-103] викладача медичного університету, а саме кафедри педіатрії післядипломної освіти.

Ефективність навчального процесу пов'язана з тим, наскільки висока мотивація оволодіння майбутньою професією. Згідно наукових літературних джерел [4,с.24-30,], навчання у вищих навчальних закладах полімотивоване, де переплітаються як внутрішні, так і зовнішні чинники. До внутрішніх мотивів відносяться такі, які виходять від бажаючого отримати знання. Це власний розвиток в процесі навчання, а також процес пізнавальних дій. До зовнішніх мотивів належить прагнення зайняти певну позицію у системі суспільних відносин, отримати нові знання, набути навички та вміння. Істинне джерело мотивації людини знаходиться у ньому самому і має вирішальне значення у навчанні.

Педагог повинен вміло вибудовувати взаємовідносини з лікарями-інтернами, демонструвати професійний діалог з хворими дітьми та їх родичами під час проведення занять. А це потребує психологічного та деонтологічного підходу, особливо в складних ситуаціях [2, с.79]. Психолого-педагогічна компетентність визначається кваліфікацією викладача вміти оцінити індивідуальні психологічні особливості кожного лікаря-інтерна, рівень його інтелектуального розвитку та ступінь природної обдарованості. Згідно

визначених особливостей вибудовується правильна стратегія та тактика навчання.

Методологічна компетентність викладача педіатричної кафедри, особливо в умовах пандемії коронавірусної інфекції,передбачає володіти різними прийомами та способами навчання, вміннями находити та впроваджувати нові інтерактивні форми викладання. Протягом двох років пандемії співробітники кафедри оволоділи дистанційним форматом навчання. Інновацією є утворення нових навчально-методичних електронних посібників, кейсів, електронного архіву історій хвороб, які з урахуванням сучасних педагогічних підходів допомагають лікарям-інтернам опановувати дисципліну.

Поряд з вказаними компетенціями важливе місце посідає словесно-пояснююча компетенція викладача. Педагог за допомогою слова повинен описати або відтворити клінічну ситуацію, а лікар-інтерн обґрунтувати діагноз, визначити необхідність проведення лабораторного та інструментального обстеження, провести диференціальну діагностику зі схожими захворюваннями, аргументовано призначити лікування. Прикладом служить активна робота викладач-інтерн в опрацюванні ситуаційного завдання, навчального кейс-метода відповідно до теми заняття. Саме слово є важливим педагогічним засобом в арсеналі викладача під час спілкування з лікарем-інтерном.

Оскільки, пандемія відступає та вакцинація проти Covid -19 охопила більшість студентів, інтернів та слухачів, поточний навчальний рік розпочато за очною (аудиторною) формою навчання. Але при умові ускладнення епідемічної ситуації та поширення коронавірусної хвороби (Covid -19), згідно наказу НМУ № 568 від 25.08 202 1[8], викладацькому колективу кафедри слід забезпечити реалізацію навчального процесу за очною (аудиторною) та дистанційною формою навчання з використання онлайн навчальної платформи Likar, тобто перейти в формат змішаної форми освітнього процесу.

З цією метою на кафедрі педіатрії післядипломної освіти впроваджено сучасні психолого-педагогічні та інформаційно- комунікативні технології для підготовки фахівців за програмами підготовки лікарів-інтернів педіатрів,ЗП-СМ та слухачів курсів спеціалізації, стажування, ТУ відповідно до державних стандартів освіти. Всі лекції ,з гідно програми , були надані у вигляді відеоматеріалу або читались на платформі Googlemeet та Zoom. Практичні та семінарські заняття передбачали опрацювання навчально-методичних рекомендацій, розроблених на кафедрі, ознайомлення з сучасними науковими джерелами. Відповідно до теми заняття, навчальний матеріал представлявся у вигляді презентацій, а тестовий контроль проводився на освітній платформі Likar. Викладачі кафедри оцінювали результати тестового контролю інтернів, аналізували неправильні відповіді.

Особлива увага приділялась інтерактивним методам та освітнім технологіям. На кафедрі впроваджено проведення практичних та семінарських занять в форматі конференцій, а саме заняття-конференція (З-К). Такі заняття імітують наукову конференцію: виступи, розбір клінічних ситуацій (кейс-метод), запитання-відповідь, дискусія, висновок [5,с. 15-18]. В якості домашнього завдання лікарю-інтерну пропонувалась тема для виступу (час регламентовано).

Звісно, що сучасна підготовка лікарів-інтернів залежить від низки факторів, особливо в умовах пандемії, тому виникла необхідність в організації

самостійної роботи лікарів-інтернів в поза аудиторний час. Для самостійної роботи лікар-інтерн використовував історії хвороби з електронного архіву кафедри, наукові публікації, монографії, повідомлення, настанови. Співробітниками кафедри впроваджено і широко використовуються різноманітні типи проблемних ситуаційних клінічних завдань під час заняття-конференція.

Таким чином, в умовах дистанційної та змішаної форм освіти виникає нагальна потреба в модернізації та оптимізації системи підготовки майбутніх лікарів, пошуку та застосуванню нових, ефективних форм та методів роботи з лікарями-інтернами. Ми поєднали позитивні моменти онлайн та офлайн навчання і, на даний час, використовуємо гнучку модель освітнього процесу. В ній гармонійно поєднуються аудиторний та дистанційно-інтерактивний формати навчання. Крім цього, впровадження змішаного навчання потребує розвитку відповідних компетентностей учасників освітнього процесу, до яких можна віднести цифрову та комунікативну. Такий підхід в навчальному процесі дозволить сформувати комунікативних, адаптованих, мобільних, колегіальних, самостійних, відповідальних, толерантних, конкурентноспроможних лікарів

Література:

1.Різник О. Компетентнісний підхід в медичній освіті / О. Різник, Т. Закусилова // Актуальні проблеми та перспективи розвитку медичної науки та освіти : зб. наук. пр., присвяч. 75-річчю каф. медицини катастроф та військової медицини Львів. нац. мед. ун-ту ім. Данила Галицького. – Львів. - 2019. – С. 100-103.

2. Бойчук Ю.Д. Компетентнісний підхід // В кн.: Наукові підходи до наукових педагогічних досліджень :Монографія / за заг. ред. докт. пед. наук, проф., чл.-кор. НАПН України В.І. Лозової. – Харків : “Апостроф”, 2011. – С. 188-216.

3.Гуревич Р. С. Компетентнісний підхід у професійно-педагогічній освіті// Компетентнісний підхід в освіті: теоретичні засади і практика реалізації. Матеріали методологічного семінару, частина ІІ.- Київ, 2014.- С.137-142.

4. Дибкова Л. М. Оцінювання результатів навчальної діяльності студентів ВНЗ у контексті компетентісного підходу //Компетентнісний підхід в освіті: теоретичні засади і практика реалізації. Матеріали методологічного семінару, частина ІІ.- Київ, 2014.- С.23-30.

5. Л. А. Гай, Ю. В. Сухін, В. Ф. Венгер, Сайед Муксен, В. В. Сердюк Сучасні методи викладання медичних дисциплін у вищій школі. //МЕДИЧНА ОСВІТА. 2016. № 1- С.15-18.

8.Наказ НМУ імені О.О. Богомольця від 25.08 2021 № 568 «Про організацію навчального процесу в осіньо-зимовому семестрі2021-2022 навчального року».

Марина МИХАЙЛЮК,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін
ПВНЗ «Київський медичний університет»
м. Київ, Україна

Сучасна медична освіта країн Сходу: світовий досвід

Система охорони здоров’я України перебуває в пошуку нових шляхів для побудови нової моделі яка буде відповідати європейським стандартам. Досягнення цього вимагає реформувати вищу медичну освіту. Реформи вищої медичної освіти вимагають вивчення зарубіжного досвіду підготовки майбутніх фахівців системи охорони здоров’я. Значний інтерес викликають те країни, де

підготовка майбутніх фахівців системи охорони здоров'я (наприклад лікарів) здійснюється відповідно до європейських стандартів. На сучасної стадії реформування української медичної системи необхідно звернутися до світового досвіду.

Різні аспекти професійної підготовки майбутніх лікарів представлено у роботах Л. Логуш («Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу», 2016), І. Паламаренко («Професійна підготовка сімейних лікарів у вищих медичних школах Великої Британії», 2012) та інші. Фундаментальні питання професійної підготовки майбутніх лікарів, зокрема особливості організації та змісту підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я, вивчають М. Банчук, І. Булах, О. Волосовець, Ю. Вороненко, Є. Гончарук, Л. Ковальчук, І. Мельничук, О. Мінцер, В. Москаленко, М. Мруга, В. Передерій, Ю. Поляченко та інші.

Досвід Східних країн медичної системи міг би бути важливим орієнтиром для інших країн світу і для України, яка хоче побудувати медичну освітню систему та підготувати висококваліфікованих фахівців у сфері охорони здоров'я.

Східно-азіатська медична навчальна школа Kyung-Gee Do-rip була створена в 1937 році. Період її навчання складав один рік. Школа готувала близько 300 лікарів Східної Азії, поки вона не була закрита в 1944 році.

В 1948 році був створений перший Східний медичний коледж, а Східна медична навчальна школа була заснована Медичною асоціацією в 1940 році.

Східний медичний коледж приєднався до Університету Кюн-Хі як Східно-азіатський медичний коледж у 1965 році і був єдиним Східно-азіатським медичним коледжем у Кореї до 1972 року, який випускав від 60 до 70 випускників на рік.

Більшість медичних шкіл було створено за останні роки. Східна медична школа зіткнулися з багатьма складними проблеми в процесі реформування її дослідницького потенціалу, оскільки традиційні медичні теорії та медичні практичні навички передавалися з століття в століття від майстрів учням без офіційного інституціолізованого переходу. Важливою проблемою було відновлення класичних теорій, стандартизація медичних термінів та наукова перевірка результатів.

Сьогодні існує багато приватних та державних науково-дослідних інститутів, включаючи Східно-Західний науково-дослідний інститут медицини, Східно-Азіатську медичну академію Дже-Хань та Дослідницький інститут Східної Медицини.

Група лікарів з заходу і сходу створили Корейську Східно-Медичну Академію у 1966 році, для порівняльного вивчення східної та західної медицини. У 1971 році Академія була перейменована у Корейський інститут східно-західної медицини, і багато лікарів та фармацевтів Східної Азії та Заходу брали участь у його дослідницьких проектах. Інститут провів кілька міжнародних академічних зустрічей. У 1971 році Юнг-Хан Бюн (лікар) за власні кошти заснував Східно-Азіатську медичну академію Дже-Хань у місті Тегу. Академія досліджує клінічні аспекти медицини і випускає щоквартальний журнал. У 1972 році був заснований Науково-дослідний Інститут Східної медицини. Цей інститут досліджував східно-азіатські медичні теорії, вдосконалення ліків та стандартизацію лікарських трав. Інститут видає щоквартальний журнал-Journal of Oriental Medicine.

З введенням нового закону про медичні послуги у 1973 році стало можливим створення масштабних медичних лікарень.

Багато лікарень та клінік Східної Азії запровадили високотехнологічні засоби діагностики, такі як комп'ютери для діагностики, надзвукові діагностичні апарати, рентгенівські промені та клінічні патологічні тести. Застосування такого нового західного обладнання та наукових процедур підвищило точність діагнозу хворого.

Зараз західну медичну освіту можна поділити на три етапи. Перший етап: це університетська освіта, яка передбачає три напрямки залежно від вимог та тривалості освіти.

Три напрямки університетської освіти:

1 – шестирічна навчальна програма використовується приватними університетами,

2 – навчальна програма 4-річної аспірантури для здобувачів ступеня бакалавра

3 – 7-річною програмою медичної школи використовується для випускників середніх шкіл.

Другий етап – це Національний ліцензійний іспит (National Licensing Examination), здають лікарі. Іспитом керує Національна експертна комісія з ліцензування персоналу охорони здоров'я (National Health Personnel Licensing Examination Board).

По-третє, це 4-річна програма підготовки клінічних спеціалістів.

З кожним роком все більш медичних шкіл запроваджують нову систему. Другою зміною є те, що багато медичних шкіл зміцнюють свої навчальні програми добавляючи такі нові предмети як «Медична етика», «Професіоналізм», «Медицина та суспільство» та інші. Найбільш головна зміна полягає в розробки нових навчальних програм які більш централізовані завдяки впровадженню підрозділів медичної освіти та фахової медичної освіти. Таким чином медична освіта продовжує змінюватися завдяки новим потребам швидкозмінного глобального середовища. Завдяки активній участі багатьох медичних педагогів є багато можливостей для подальшого успішного розвитку медичної освіти.

Східна медична система була значно модернізована порівняно з традиційною медичною системою. Незважаючи на те, що медична система в сходу не досягає стадії західної медичної системи з точки зору модернізації, система дає приклад багатолінійної та розбіжної модернізації, яку гіпотетично запропонували ревізіоністи теорії модернізації.

Для підвищення ефективності підготовки майбутніх лікарів сходу медичні педагоги зробили значні зусилля, готуючи майбутніх лікарів до швидкозмінного глобального середовища.

Реформування медичної вищої освіти в Україні матиме позитивний результат, якщо національний досвід підготовки майбутніх лікарів і традиції будуть поповнятися ефективним використанням та впровадженням кращих зарубіжних напрацювань.

Михайлюк М.І., к.п.н., доц.
Павленко Дарина, студ. мед. ф-ту
ПВНЗ «Київський медичний університет»

ВОЛОДІННЯ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ - ЦЕ ВІКНО МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

У двадцять першому сторіччі англійська мова є “вітальною” для кожного: не важливо де, не важливо коли, якщо ти знаєш базові речі, такі як: вода, їсти, пити, то можна вважати, що людина вже подолала половину шляху до виживання.

Англійська мова зараз найважливіша й найпоширеніша мова у світі. Вона є державною мовою в п’яти країнах, однією з шести офіційних і робочих мов ООН, та другою робочою мовою в ЄС.

А як щодо ролі англійської у світі медицини?

Перша зустріч медика з англійською мовою відбувається під крилом медичного вузу. Донедавна англійська була необхідна для полегшення життя майбутнім спеціалістам - робота за кордоном, іноземні статті, роботи та публікації, пацієнти і з недавніх пір запровадження англійського блоку в фаховому іспиті “КРОК”.

Перше з чим зустрічається студент-медик - це невелика база україномовної медичної літератури. Дуже часто, коли виникає необхідність знайти якусь інформацію, трапляється ситуація, що вона представлена або російською мовою, або англійською. Більшість навчальних посібників у бібліотеках старого (радянського) зразку із застарілою базою знань, а перекладів на українську мало або необхідно купляти доступ за гроші.

Тому знання англійської (і латинської на додачу) в таких випадках лише на руку студенту - більше додаткової та достовірної інформації в сукупності з практикою в мові сприяють кращому її засвоєнні та орієнтації в тій чи іншій темах.

Але плюси англійської на цьому не закінчуються. Можливість проходити практику у закордонних клініках, участь у міжнародних конференціях, знайомство та спілкуватися з новими людьми, поширення власного досвіду та запозичення чужого. Зі знанням англійської мови відчиняються двері до нового світу - безмежного, цікавого, насиченим різноманіттям наукових відкриттів, досягнень та нескінченних можливостей.

Зі студентами в цілому зрозуміло, англійська відіграє тут роль ключика до дверей у великий, недосліджений світ.

А яку вона роль грає в житті лікаря? Практична діяльність лікаря без знань англійської є обмеженою. Не можна виключати вплив знання мови на формування загальної думки про людину, як спеціаліста; про освіченість фахівця, а також коли читаєш про нього зі сторінок іноземних наукових статей або робіт.

Також це впливає на заробітну плату, так як вона підвищує твій рівень серед інших та впливає на вибір роботодавців.

Якщо повернутися до студентів-медиків, то можна ще зазначити важливість англійської у такий важкий для мільйонів українців час. Багато хто

мусив вирушити за кордон для захисту свого життя та своїх рідних. І наші студенти не є виключенням.

Англійська є своєрідним мостом між українськими студентами та європейськими викладачами. Особливо зараз, знання мови рятує та виграє час для адаптації та вивчення ще однієї додаткової мови країни, в якій перебуває студент, дає можливість позичати більше знань у німецьких, французьких, бельгійських та інших лікарів; а також ділитися своїми здобутками в сфері медицини.

База знань англійської дає гарну опору при вивченні інших мов однієї з нею групи (норвезька, французька, німецька, голландська), що також дуже допомагає студентам в наш час.

Отже, як бачимо, англійська мова і справді є вартою того, щоб її вивчали усі ті, хто хочуть розвиватися всебічно, отримувати безцінний досвід від інших, особливо, якщо ви лікар. Бо саме від лікарів залежить, без перебільшення, доля багатьох життів. Як вже зазначалося, лікарі можуть брати багато нової для себе інформації з англомовних джерел, які ще не були перекладені на рідну мову. Так, насправді, навіть самі перекладачі кажуть, що медична сфера перекладу є дуже відповідальною, адже треба перекладати усе максимально правильно та чітко, бо в подальшому від цієї статті залежатимуть тисячі, а то й мільйони, життів. Тому нам, як лікарям, варто вивчати англійську враховуючи всі «підводні камені», з якими можна зустрітися. Особливо це стосується термінів та стійких сполучень, які перекладаються не як окремі слова, а як одне єдине поняття.

Назар П.С.* д.м.н., проф.
Шевченко О.О.** д.м.н., проф..
Левон М.М. д**.м.н., доцент
* Київський медичний університет УАНМ,
** Національний медичний університет ім..О.О.Богомольця

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

За ініціативою ВООЗ стан здоров'я населення віднесено до глобальних проблем, вирішення яких обумовлює не лише кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, а й сам факт його подальшого існування як біологічного виду.

Загроза антропологічної катастрофи викликала стурбованість передових представників світової науки, особливо у сферах, пов'язаних з охороною здоров'я. В 1977р. ВООЗ почала міжнародну компанію "Здоров'я для всіх," у межах якої розпочався збір і систематизація інформації про існуючі загрози здоров'ю людства, а наукові дослідження виявили наявність дієвого засобу протидії їм. Таким засобам визнано систему заходів, відому в світі під назвою keaet promotion (дослівно - "просування здоров'я"). Одним із провідних принципів філософії досягнення здоров'я для всіх стала необхідність "Зробити вибір на користь здорового способу життя простішим." Формування здорового способу життя у всьому світі є першим ефективним підходом, здатним забезпечити здоров'я окремих індивідів і співтовариств у цілому. Зміцнення здоров'я є активним процесом із запобігання захворюванням, який охоплює

освітні компоненти, що разом із зміною навколишнього середовища, законодавчим та організаційним втручанням сприятиме розробці стратегії покращення здоров'я.

У реальному житті всі складові здоров'я – фізичний, психічний, духовний і соціальний аспекти - діють одночасно, і їх інтегровані впливи визначає стан здоров'я людини як цілісного складового феномену.

Здоровий спосіб життя – це всі складові людської діяльності, які стосується збереження і зміцнення здоров'я, сприяють виконанню індивідом своїх людських функцій.

Формування здорового способу життя – зміна способу життя на рівні громади сприяє досягненню суттєвих позитивних результатів щодо стану здоров'я населення. доведена пряма залежність між станом соматичного здоров'я і способом життя. Кожен третій мешканець віком 18-50 років має хронічні захворювання, які обумовлені такими показниками ризиків для здоров'я, як куріння (36% респондентів) низька фізична активність (32%), низький рівень матеріального становища (25%), нестабільність сімейного стану (17%), пияцтво (15%), незадоволеність роботою (навчанням) (10%), уживання наркотиків (0,3%), душевний дискомфорт (2,3%).

За кордоном термін «здоров'я» все частіше змінюють новим поняттям "Wellness." "Wellness"- це реалізація потенціалу індивідуума як людини, як особистості і як члена сім'ї, суспільства і світу в цілому. Wellness об'єднує шість сфер життя: фізичну, емоційну, духовну, соціальну, інтелектуальну і професійну. Wellness включає такі моменти : зав'язування і підтримування дружби та інших взаємовідносин з людиною; участь в здійсненні проектів, які мають значення для людини і оточуючих як самі значущі внутрішні цінності; підтримування здоров'я з допомогою раціонального харчування і регулярного фізичного навантаження; відстоювання власної думки і розуміння точок зору інших; насолода працею та відпочинком, а також встановлення рівноваги між обома видами діяльності.

Сьогодні вважається, що недостатньо бути здоровим, а треба ще якісно жити. Наука про якість життя стала наслідком активної зацікавленості до психоемоційних аспектів медицини. Якість життя – це інтегративний показник, який відображає сприятливий або несприятливий вплив на людину зовнішнього і внутрішнього середовища. Він також може бути інтегральною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, побудована на його суб'єктивнім сприйнятті.

ВООЗ рекомендує визначати якість життя як індивідуальне співвідношення статусу людини в житті суспільства в контексті культури, систем цінностей цього суспільства і цілей даного індивідуума, його планів, можливостей, ступеня загальної невлаштованості. Якість життя частіше визначають як здатність індивіда функціонувати в суспільстві відповідно до свого соціального стану і отримувати задоволення від життя. Таким чином поняття «якість життя» визначається як задоволеність людини своїм фізичним, психологічним та соціальним станом. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, здоров'я населення потрібно оцінювати за допомогою великого арсеналу показників: від об'єктивних даних до суб'єктивного сприйняття здоров'я і різноманітних аспектів якості життя.

Сьогодні в науці про здоров'я широко використовується термін "потенціал здоров'я", який включає в себе комплекс заходів (лікувально-профілактичних, медико-організаційних, медико-соціальних та інш.), що

проводяться державою, суспільством і службами охорони здоров'я і спрямованих на оптимізацію стану здоров'я населення в цілому і його окремих віково-статевих, соціальних, професійних та інших груп.

В наш час дуже важливим є моніторинг показників здоров'я , що дає можливість на сучасному рівні оцінювати здоров'я нації в цілому.

Назар П.С.* д.м.н., проф.
Шевченко О.О.** д.м.н., проф..
Левон М.М. д**.м.н., доцент
* Київський медичний університет УАНМ,
** Національний медичний університет ім..О.О.Богомольця

ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ЦИВІЛІЗАЦІЇ І ОСОБИСТІСТЬ

Людина і в біологічному, і в соціальному плані є компонентом особливої системи - людське суспільство. Відношення людини до природи полягає в перетворенні природи в середовище її проживання. Паралельно до цього процесу, із самої суті природи виокремлюють ту її частку, з якою взаємодіє людина. Так утворюються поняття: „оточуючого середовища", „біосфери", „ноосфери". Під оточуючим людину середовищем прийнято розуміти цілісну систему взаємозв'язаних природних та антропогенних об'єктів та явищ, в яких має місце праця, побут та відпочинок людей. Подальший розвиток біо і - соціогенезу людини призвів до якісно нового стану.

Від моменту появи суспільства на Землі проходить три види процесів: власне природні, специфічно суспільні і ті, що поєднують в собі одні й другі. Через процес перетворення природи у людини появляється два середовища, які вона повинна охороняти: одне – внутрішнє (її власне тіло), інше – зовнішнє, яке постійно розширюється – це частка природи, що безпосередньо впливає на людину.

Суттєвою рисою, яка об'єднує внутрішнє і зовнішнє середовище проживання людства, є те, що розвиток одного із середовищ не може йти за рахунок деградації та руйнування іншого.

Взаємозв'язок соціальних, біологічних і екологічних (кліматичних, географічних, фізико-хімічних та ін.) чинників має свої специфічні особливості на різних вікових стадіях індивідуального розвитку людини. Урахування цих особливостей відіграє певну методологічну й практичну роль. З методологічної точки зору важливо вияснити місце і роль кожного із діючих чинників окремо на різних стадіях онтогенезу.

Забруднення зовнішнього середовища до того ступеню, коли воно шкідливо відображається на всьому живому, у тому числі на здоров'ї людини, в нас час є вже аксіомою. Сучасна екологічна ситуація складалась стихійно в процесі діяльності людей, спрямованої на задоволення їх потреб. Виникнення глобального ринку праці й капіталу позначається на торгівлі лісоматеріалами, корисними копалинами, продуктами харчування, екзотичними формами природи тощо, спричиняючи, відповідно, збільшення обсягів й видобування, додатковий тиск на природні екосистеми, життєвий устрій корінних народів та місцевих громад, ставлячи під загрозу традиційні форми господарювання та малий і середній бізнес і, з рештою, спричиняючи відчуження людей від середовища та його ресурсів, а також капіталу та процесів управління.

Екологічна інтеграція призводить до того факту, що рішення, прийняті однією країною щодо використання ресурсів, можуть стати підставою для додаткового тиску на ресурси інших країн.

Прикметою і невід'ємною рисою глобалізації є виникнення так званої четвертої генерації екологічних проблем, пов'язаною із стійким зростанням чисельності населення, підвищенням температури довкілля та глобальними змінами клімату, стоншенням озонового шару, падінням рівня грунтових вод та забрудненням світового океану, скороченням посівних площ на душу населення, занепадом рибальства, зменшенням площ лісів, накопиченням шкідливих відходів, безпрецедентними втратами біологічного розмаїття тощо.

Людина досягла висот сучасної цивілізації завдяки тому, що постійно змінювала природу у відповідності зі своїми цілями. Люди досягли цілей, на які розраховували, але одержали наслідки, яких не чекали. А тому виникла нагальна потреба у терміновому розробленні нових концепцій розвитку сучасного суспільства, обмеживши до розумних обсягів розвиток добувних, енергоресурсів та водоємних виробництв. Потрібно переглянути ставлення до питань подальшого розвитку металургійної та хімічної промисловості, визначити розумну потребу в чавуні, сталі та хімічній продукції, а також впроваджувати маловідхідні технологічні процеси, що забезпечують суттєве зменшення викидів забруднених речовин.

Таким чином, в ідеальному варіанті довкілля має створити таке фізико-хімічне середовище, яке б відповідало потребам організму людини, збереженню та зміцненню її здоров'я. Насправді, такої ідилії практично не існує. Цьому заважає сама людина, котра із пасивного об'єкта природи перетворюється в активного суб'єкта, який здатний формувати нову екологічну систему стосунків, у тому числі негативних. Нова ситуація в стосунках людини і природи породжує необхідність усвідомлення ціннісної єдності системи "людина-довкілля".

Активне і водночас нераціональне перетворення людиною оточуючого середовища тепер супроводжується негативними наслідками, які в кінцевому рахунку є загрозливими для існування людства і всієї планети в цілому. Гносеологічними коренями екологічної кризи є розрив між науками і домінування одних наук над іншими, в кінцевому підсумку - це наслідок розподілу праці. Ланцюг зворотного зв'язку, який існує між соціальними, природними змінами і змінами людського організму, припускає, відповідно, і тісний зв'язок між науками. З одного боку, необхідний взаємозв'язок природничих та технічних наук з науками про оточуюче середовище (геологією, географією, біологією), з іншого – науки про оточуюче середовище повинні бути тісно пов'язані з медициною з метою вивчення впливу змін зовнішнього середовища на внутрішнє середовище людини.

Назар П.С.* д.м.н., проф.
Шевченко О.О.** д.м.н., проф..
Левон М.М.** **д**.м.н., доцент
* Київський медичний університет УАНМ,
** Національний медичний університет ім..О.О.Богомольця

СУЧАСНА МЕДИЧНА ОСВІТА: РЕАЛІЇ ТА ПРОБЛЕМИ

Складні та вкрай суперечливі реалії сьогодення висувають нові вимоги до вищої освіти, зокрема медичної. Вони стосуються як її змісту й характеру, так і чіткої постановки цілей та завдань. Традиційне їх розуміння лише як задоволення суспільних потреб у кадрах певного рівня підготовки та кваліфікації сьогодні слід доповнити такими важливими цілями та завданнями, як максимальне задоволення освітніх потреб особистості, прищеплення їй життєвих цінностей, чітких світоглядних позицій, формування наукової картини світу та людини в ньому, розвиток навичок дотримання норм етики і культури міжособистісного спілкування. Ці обставини зумовлюють потребу в перегляді традиційної освітньої парадигми на основі фундаментальних принципів та положень і сучасної філософії освіти.

На рівні найважливіших проблем постає завдання відновлення на нових методологічних засадах системної цілісності та єдності навчально-виховного процесу у вищій школі. Необхідно створити органічну взаємодію світоглядної, соціально-гуманітарної, загальнонаукової та спеціальної (у даному випадку медичної) підготовки, яка б забезпечила реальну можливість формування фахівців з медицини на рівні справжньої науково-медичної еліти. Професіоналізм включає в себе не тільки природничонаукові знання і медичні уміння, але й піднесене морально-етичне відношення до всіх людей. Слід пам'ятати майбутньому лікарю, що гуманізм медичного працівника вказує на моральні самобутні й самодостатні якості як соціально-філософський стрижень розуму, самовідданість у боротьбі за життя та здоров'я людей.

Нова парадигма освіти має бути націлена на формування суб'єкта сучасної культури, адекватного складності й різноманіттю його тенденцій, які в майбутньому будуть не зменшуватися, а, навпаки, зростати. В методологічному аспекті така парадигма повинна будуватися не «кількісним шляхом» з орієнтацією на накопичення знань, як тепер, а з допомогою «якісної» експлікації самих принципів їх вибудовування, тобто виділення засобів узагальнення.

Не варто забувати, що розгляд завдань медицини лише на рівні лікування симптомів та синдромів пацієнта позбавляє лікарів бачити й розуміти соціальні, культурні, особистісні, духовні причини захворювань. Здоров'я людини – це не тільки стан її організму, – це частина життєвої долі, і до того ж найважливіша. Інтегральний підхід до збереження здоров'я дозволяє виробити новий понятійний апарат, здатний об'єднати біологічні, фізіологічні параметри в людині і працювати з культурними, духовними чинниками, які впливають на неї, як і чинники психологічні. Інтегральна система лікування повинна враховувати дію на людей і таких життєвих умов, як зміна ціннісних орієнтацій і появу нових ідеологічних установок, які впливають на внутрішній світ особистості.

Інноваційні процеси в системі сучасної медичної освіти привели до упровадження модулів, заснованих на стратегії створення єдиного освітянського простору у всьому світі. Що ж торкається нового філософського напряму в удосконалені медичної освіти, то тут поки-що створюються проблемно-орієнтовані модулі навчання – «філософія науки» та «філософія медицини». Переваги такого модульного навчання очевидні, позаяк вони ставлять перед студентами завдання самостійного освоєння методологічних й спеціальних медичних знань про саморозвиток світу, суспільства, а також ролі й місця людини в їх перетворенні.

У системі охорони здоров'я формуються пріоритетні напрямки, на яких в найближчі роки будуть сконцентровані дослідницькі й освітянські зусилля з метою надання сучасній медицині системного характеру, зокрема: біоінженерія, молекулярна генетика, молекулярна фізіологія, клітинні й тканинні технології, біоінформатика, біоетика.

У зв'язку з цим, на передній план модернізації охорони здоров'я висувається завдання удосконалення вищої медичної школи. На сьогоднішній день в її системі упроваджений державний освітянський стандарт четвертого покоління, основною філософсько-методологічною компонентою якого є орієнтація на формування в свідомості й самосвідомості студентів медичних вузів загальнокультурних та професійних компетенцій.

Загальнокультурні й професійні компетенції лікаря – це комплекс супряжних філософських, природничих, медичних знань та життєвого досвіду в тій чи іншій сфері лікарської діяльності. Через це всі компетенції в лікарській справі – це не тільки суто медичні знання та вміння, а цілісний комплекс соціальних та соціально-гуманітарних знань. Серед них особливе місце належить філософським проблемам сучасної медицини, яка збагачує свідомість студентів-медиків передовим науковим світоглядом, творчим мисленням й моральним відношенням до креативної діяльності з вибраної ними спеціальності. Одним із діючих напрямів у вирішенні завдань, що с стоять перед медичною освітою, повинно стати поєднання медичної справи з гуманною філософією, інтеграція природничо-наукових, спеціальних, медичних та соціально-гуманітарних знань**.**

Назар П.С.* д.м.н., проф.
Шевченко О.О.** д.м.н., проф..
Левон М.М.** **д**.м.н., доцент
* Київський медичний університет УАНМ,
** Національний медичний університет ім..О.О.Богомольця

СТАНОВЛЕННЯ СВІТОГЛЯДУ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

Розкриття сутності особистості припускає аналіз природи особистого світогляду. В світі немає і не може бути особистості, яка не володіє світоглядом – уявленнями і поняттями про світ та місце людини в ньому, про сенс людського життя.

За своїм змістом світогляд різноманітний, але, проте, він виявляє деяку єдність свого змісту у питаннях смисложиттєвих, приміром, що таке дух, матерія, людина і таке інше. Якраз за рахунок цього людина приходить до певних світоглядних позицій. Людина набуває світогляду тоді, коли вона

вибирається із вузької ніші своєї індивідуальності та малої групи і охоплює світ в цілому. Основним фокусом, в якому концентруються всі світоглядні проблеми, є людина та її відношення до світу, а також світ та його відношення до людини. Світогляд є відповідна концепція світу і концепція людини, знання того та іншого, що має сенс соціальної, моральної, естетичної, теоретичної орієнтації у зовнішньому та внутрішньому світі людини.

Світогляд – це своєрідна духовна призма, через яку людина відображає й оцінює дійсність у всій різноманітності її форм і зв'язків. Важливішою граню цієї призми є ідеали, завітні та вирішальні життєві цілі. Характер уявлень про світ сприяє постановці відповідних цілей, із узагальнення яких утворюється широкий життєвий план, складаються ідеали, поняття про добро, зло, які надають світогляду великої дієвої сили.

Формування світогляду припускає вироблення генеральної спрямованості життєвого шляху особистості, самовизначення, знаходження свого місця в лабіринтах життя.

Знання перетворюються у світогляд, коли вони набувають характеру переконання – повної й непохитної впевненості людини в правоті своїх ідей, поглядів, принципів та ідеалів. Переконання в першу чергу складають щось глибинно-особистісне, яке утворює міцний каркас людського "Я", що обумовлює цілісність та якісну визначеність особистості.

Питання формування світогляду особистості – важлива проблема вищої школи. З давніх часів існує думка, що медична професія потребує покликання, духовної чуйності, вміння співчувати хворій людині, а також професіоналізму вищого рівня.

На жаль, у певної частини студентів медичних вузів світогляд – це лише відчуття та сприйняття, мінливе та нестійке.

Особистість лікаря формується в певних соціальних, соціокультурних умовах: в сім'ї, в школі, в людській спільноті, в тому числі у медичному колективі та ін. Окрім цього, у формуванні особистості свою роль справляє зовнішній, педагогічний та часто людський вплив аж до використання правових норм або громадської думки

Отже, у особистості лікаря необхідно формувати соціально-значимі характеристики, які були б спрямовані у XXI століття і корелювали з тенденціями розвитку світової медицини.

Чільне місце серед фундаментальних рис особистості лікаря посідає його професійна компетентність як інтегральний показник лікарської діяльності, спрямованої на зростання рівня діагностики й ефективності лікування за умов поглибленого вивчення нормального й паталогічного функціонування людини як особи й особистості.

Компетентність сучасного лікаря не лише у кваліфікованому застосуванні всього арсеналу сучасного медичного знання, але й в умінні використання суміжного знання, особливо з математики, інформатики, квантової фізики, екології та ін., котрі не тільки розширюють кругозір лікаря, як освіченої людини, а дають можливість зробити відкриття якраз на межі медицини і фундаментальних наук.

Професійна компетентність передбачає також врахування системної організації та функціонування людського організму, чому заважає вузька спеціалізація підготовки лікаря та вади організаційної структури соціальної служби охорони здоров'я.

Вища медична школа в сучасних умовах повинна закласти міцний фундамент не тільки теоретичних знань і практичних навичок з власне медицини, але й сформувати здатність особистості до подальшого мислення, натхнення творчості, увібрати в себе загальнолюдські цінності. Тут важливе і моральне, і національно-громадське, і екологічне, і політично - правове виховання. Нам необхідно реалізувати європейські стандарти, за якими освіченим, компетентним є спеціаліст, який володіє не лише обсягом спеціальних знань, але й європейськими мовами, комп'ютером, демократичним світоглядом і високою культурою.

Онкович Г.В.,
доктор педагогічних наук. пофесор
Флегонтова Н.М.,
кандидат педагогічних наук, доцент,
Ляліна О.О.,
старший викладач
Київський медичний університет, Україна

РОЗВИТОК НАВИЧОК ЧИТАННЯ ФАХОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ УКРАЇНСЬКОЮ МОВОЮ В ГРУПАХ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Для здійснення наукових аспектів майбутньої професійної діяльності фахівці-початківці мають мати навички, знання й уміння, потрібні для роботи з текстовою інформацією. Викладачам іноземних мов ця проблема добре відома, вона достатньо опрацьована. Випускник вищого навчального закладу має вміти читати іноземну літературу за фахом. Проте в умовах, коли навчальний процес здійснюється англійською мовою і на вивчення української як іноземної відводиться обмаль часу, є потреба шукати нові підходи, залучати інші освітні технології. Як же навчити цього студентів, котрі в Україні навчаються англійською мовою? До того ж карантинна ситуація обмежила безпосереднє спілкування викладача-мовника і студентів, довелося розробляти нові типи занять. Це спонукало нас переглянути можливості навчання читання при дистанційній формі навчання [4], адже професійне спілкування фахівців різних країн часто відбувається в друкованій формі через книги, публікації в спеціальних журналах, інформаційних бюлетенях тощо, або в електронній формі.

Як у закордонній, так і у вітчизняній методиці існує класифікація видів читання, розроблена з урахуванням конкретної комунікативної задачі, установки на ступінь повноти і точності добування інформації, яка зумовлює характер процесу читання. Методисти зазначають, що поділ читання:на види обумовлено із загальним розумінням тематики матеріалу (переглядове); з метою пошуку конкретної необхідної інформації (пошукове); із загальним охопленням основного змісту тексту (ознайомче); з метою детального вивчення змісту тексту (вивчаюче). Навчання читання як виду мовленнєвої діяльності є одним із основних завдань курсу іноземної мови. Як зазначає Ярема [5], під час формування вміння читати студент проходить стадію коректуючого читання, яке не ускладнюється завданнями для розуміння текстового матеріалу. Нові слова та граматичні конструкції, які є в тексті,

мають бути розтлумачені до початку роботи з текстом. Студент має бачити (чути) їх, знати їхнє значення мовою навчання, вживати їх при оволодінні фахової дисципліни [1, 2, 5].

У праці «Навчання читання іноземною мовою в немовному вузі: навчально-методичний посібник» висвітлено питання теорії та практики навчання читання іноземною мовою у немовному вузі [3]. Найбільш визнано в сучасній методиці виділення переглядового, вивчаючого, ознайомлювального і пошукового видів читання. Описуються вимоги до текстів та вправ, наводиться систематизований перелік видів роботи та вправ [2].

Розроблені класифікації щодо навчання читання іноземною мовою відображають ті види читання, якими користуються для отримання потрібної інформації. Зазвичай починають з прийомів, котрі є загальними для всіх видів читання, а потім переходять до опрацювання спеціальних.

Мета пошукового читання (reading for specific information) – швидке знаходження в тексті (текстах) конкретної потрібної інформації (фактів, характеристик, цифрових даних тощо). У процесі пошукового читання виділяють дотекстовий, текстовий та післятекстовий етапи. Тематика текстів, котра пропонується на заняттях з української як іноземної, - це фахові тексти. Вони досить легко опрацьовуються студентами, адже їхня проблематика відома їм із занять з фахових дисциплін мовою навчання.

Як ми працюємо з фаховими текстами на заняттях з української мови як іноземної в англомовних групах?

Під час ДОТЕКСТОВОГО ЕТАПУ слід визначити, чи всі ключові слова і поняття відомі студентам. З цією метою їм пропонується перелік слів і словосполучень із тексту з паралельним перекладом. У цьому першому завданні рекомендується записати до зошита нові чи призабуті лексичні одиниці, без розуміння яких текст важко сприйняти. Ці, вибрані й самостійно складені студентами списки, можуть бути різними у кожного студента і у такий спосіб свідчити про мовну готовність сприймати запропонований текст.

Друге завдання : записати назву тексту і спрогнозувати \ сказати, про що може йти мова у науковому творі з такою назвою.

Третє завдання: під час читання тексту знайти відповіді на пропоновані запитання, котрі даються з перекладом. Зазвичай їх 5.

Далі, ПРОТЯГОМ ТЕКСТОВОГО ЕТАПУ, при перегляді тексту слід знайти відповіді на дотекстові запитання і записати їх. На перших етапах роботи з розвитку навичок пошукового читання відповіді на поставлені запитання виділяються кольором в тексті – спочатку виділено відповіді на всі 5 запитань, згодом - відповіді на 4, 3, 2, 1. У подальшій роботі – виділень у тексті нема; студенти вже мають досвід шукати відповіді на поставлені запитання за словосполученнями у запитаннях перед текстом. Вони легко знаходять відповіді в тексті й записують їх на запропоновані дотекстові запитання.

Записані відповіді стають своєрідним планом тексту або його тезами – це викладач має прокоментувати як ознаку наукового тексту. У такій спосіб студенти водночас познайомились і з ключовими словами, і з тезами як жанром наукового стилю мови. До того ж і список ключових слів, і тези за текстом вони створили власноруч.

ПІСЛЯТЕКСТОВИЙ ЕТАП має різну насиченість завданнями. Чим швидше студенти навчаться орієнтуватися і знаходити в тексті відповіді на поставлені дотекстові завдання тим більше вивільниться часу для

опрацювання завдань післятекстових. У методичній літературі таких завдань чимало [1, 2, 4, 5], й викладач може запропонувати для виконання найбільш доцільні (на його думку). Наприклад:

– знайдіть у тексті факти, що мають відношення до зазначеної теми;

– підкресліть у тексті визначення (висновки);

- поділіть текст на смислові відрізки і дайте назву кожному з них.

Зазвичай викладачі мають власні «набори» лексико-граматичних завдань, вправ на розвиток антиципації та ретроспекції:

– прочитайте заголовок і скажіть, про що (про кого) йтиметься в тексті;

– прочитайте заголовок і скажіть, чи можна на його підставі зробити висновок про зміст тексту (чому так названо текст);

– замініть заголовок на більш точний (на вашу думку); запропонуйте заголовок, якщо в тексті його немає;

– прочитайте перші речення тексту (абзацу) і назвіть проблеми, що будуть там розглядатися;

– перегляньте текст і скажіть, що спонукало автора обрати цю тему (при роботі з неадаптованим текстом наукового видання з фаху) ;

– прочитайте останній абзац тексту і скажіть, яку інформацію може містити попередній абзац.

Зразки вправ на виділення одиниць смислової інформації:

– складіть план-конспект тексту;

– виділіть основні теми і простежте їхній розвиток;

– знайдіть у тексті деталі, що підтверджують основну тезу;

– знайдіть місця, що свідчать про ...; підтверджують ...; описують ..., пояснюють причину ...;

– прочитайте ... абзаци і скажіть, яка смислова інформація передається за допомогою слів (словосполучень) ...;

– прочитайте і заперечте або підтвердить такі висловлювання... (з набору тверджень);

– прочитайте і знайдіть відповіді на запитання, запропоновані викладачем (насамперед, запитання, що починаються з what, who, when, where, what for, how, etc);

– прочитайте і скажіть, що відбулося до і після ... (зазначається подія або факт).

Можливі вправи на скорочення тексту:

– скажіть, про що йдеться в ... абзаці;

– назвіть слово за його дефініцією;

– наведіть факти і цифри про ...;

– напишіть короткий виклад тексту, попередньо поділивши його на кілька логічних частин.

Деякі вправи на інтерпретацію прочитаного:

– перегляньте текст і виберіть речення, що допомагають зрозуміти назву тексту;

– як ви інтерпретуєте заголовок (підзаголовки) тексту?

– висловіть головну ідею тексту двома-трьома реченнями;

– коротко викладіть зміст тексту за ключовими словами.

Це далеко не повний перелік можливих завдань. При роботі з текстами на заняттях упродовж семестру викладач пропонує різні завдання і подає їх з паралельним перекладом українською й англійською мовами.

Використані джерела

1. Класифікація видів читання // https://stud.com.ua/167156/pedagogika/klasifikatsiya_vidiv_chitannya Дата звернення 04.12.21.
2. Оглядове, пошукове, ознайомлювальне, вивчаюче читання англомовних текстів // https://studopedia.ru/15_66488_tema--oglyadove-poshukove-oznayomlyuvalne-vivchayuche-chitannya-anglomovnih-tekstiv.html
3. Онкович Г.В., Флегонтова Н.М., Ляліна О.О. РОЗВИТОК НАВИЧОК ПОШУКОВОГО ЧИТАННЯ НА ЗАНЯТТЯХ З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ В ГРУПАХ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІ// Інновації та традиції у мовній підготовці студентів : матеріали міжнародного науково-практичного семінару 7 грудня 2021 року. – Х. : Видавництво Іванченка І.С., 2021. – 219 с. – С.117-122.
4. Фоломкіна С. К. Навчання читання іноземною мовою в немовному вузі: навчально-методичний посібник / С. К. Фоломкіна; наук. ред. Н. І. Гез. - Вид. 2-ге, испр. - Москва: Вища школа, 2005. – 253 с. ISBN 5-06-005417-9 : 3000
5. Ярема О.В. Типи вправ для розвитку навичок з різних видів читання // Електронний ресурс http://manhole.nmetau.edu.ua/file/oznayomche_chitannya_ta_vpravi_na_opratsyuvannya_leksiki.pdf. Дата звернення 31 січня 921 р.

Остапенко В.М.
канд. мед. н., доцент, ректор
ПВНЗ Харківського інституту медицини та біомедичних наук
Лантух І.В.
док. псих. н., доцент
Харківського національного університету ім.. В.Н. Каразіна

УНІВЕРСАЛЬНА РОЛЬ ЦІННОСТЕЙ У ЛЮДСЬКОМУ ДОСВІДІ

Як відомо цінності «вплетені» у життя таким чином, що траєкторія життя особистості демонструє їх через поведінку постійно та послідовно. Разом з тим завжди існує деяка невідповідність між цінностями, котрі тиражуються поведінкою, і цінностями, що тиражуються вербально. Артикуляція цінностей – тільки частина їх природи, частина практики самоінтерпретації особистості. Щоб відповідати прагненням, артикулюємі цінності повинні підніматися вище тих, які виражені у поведінці. Проте, щоб цінності мали надійність, цей розрив не повинний бути великим.

Існують, як свідчать дослідження, різні види цінностей. Вони можуть бути розподілені за характером носія, за станом і особливостями об'єкта оцінки тощо. Ціннісне розуміння можливо лише в контексті обмеження людських можливостей. Такий контекст дозволяє визначити ряд неординарних явищ у життєвому досвіді кожної людини. Це явище стосується проблеми невідповідності між прагненням і результатом дії. Дана невідповідність виявляє кордони наших здатностей формування власного життя, кордони нашого саморозуміння.

Існують наступні шляхи ліквідації цієї невідповідності:

1. *Пристосування:* суб'єкт пристосовує свої цілі до способу існування речей, виходячи із визнання стійкості існуючих інститутів.
2. *Смиренність*: суб'єкт упокорюється перед обличчям невідворотності існуючих соціальних та індивідуальних умов життя, при котрих його бажання здаються безрезультатними, а прагнення – безплідними. Тоді бажання редукуються до виживання або до того, щоб зробити життя скільки-небудь

прийнятне, життя перетворюється у відповідну реакцію на зовнішні сили. Цей шлях пов'язаний із дегенерацією суб'єкта.

3. *Креативна маргінальність* передбачає уявлення про незмінність існуючих інститутів, але разом з тим і заперечення багатьох із цінностей, що ними втілюються як негідні людських прагнень (наприклад, цінностей споживання, власності тощо).
4. *Прагнення до влади* віддзеркалює бажання отримати владу (політичну або економічну), щоб пристосувати соціальні структури до інтересів суб'єкта.
5. *Трансформація знизу* передбачає входження у громадські організації, участь у різних формах їх діяльності з метою втілення в життя власних цінностей.

У сучасному світі більш усього поширені перші два шляхи, але, у цілому, кожна людина розділяє деякі аспекти усіх із них. Шлях, який обирає суб'єкт, обумовлює єдність його ціннісного комплексу.

Прийняття ціннісного комплексу втілює ціннісні судження, котрі співвідносяться з певними критеріями. Із них важливі два: критерій можливості та критерій людської природи. Перший критерій передбачає розуміння справжньої можливості як фактичних обмежень основних матеріальних та соціальних умов для втілення в життя даного ціннісного комплексу. Другий – передбачає наявність емпіричної основи доведення необхідності прийняття даного ціннісного комплексу для повноцінного життя. На практиці ці критерії існують у зв'язці з безліччю інших, проте все ж переконання людини відносно того, що є можливим, і відносно людської природи спричиняють головний вплив на індивідуальні цінності суб'єкта і на прагнення, які він передбачає реалізувати у суспільстві.

Разом з тим можливість істинного слідкування цінностям залежить не тільки від людської природи, але й від цінностей, котрі втілені в діючих соціальних інститутах. Переважаючі владні відносини можуть фактично перешкоджати здійсненню певних можливостей, що допускаються людською природою. Більш того, людські бажання, актуальні у даний момент, відображають не повну потенцію людської природи, а тільки ті можливості, котрі підкріплюються домінуючими інститутами.

Таким чином, емпірична схематизація того, що актуально маніфестовано, не може завершитися вичерпаним поясненням людського потенціалу, так як існує множинність не реалізованих на даний момент можливостей суб'єкту.

Дані роздуми, щодо універсальної ролі цінностей у людському досвіді, можуть допомогти у формуванні ціннісних орієнтацій майбутніх лікарів, які націлені на гуманістичну діяльність осяяну клятвою Гіппократа та клятвою лікаря України.

Пахольчук Т.М., к.м.н., доцент
Усачова О.В., д.м.н., проф., зав.каф.
Конакова О.В., к.м.н., доцент
Сіліна Є.А., к.м.н., асистент
Дралова О.А., к.м.н., асистент
каф. дит.інф.хвор. Запор. держ. мед. ун-ту

КОНТРОЛЬ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНО-ОРІЄНТОВАНИХ ЗНАНЬ СТУДЕНТАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ МОЖЛИВОСТЕЙ MS TEAMS В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Вступ.

В умовах пандемії COVID-19 підготовка майбутніх лікарів набула якісно нового формату – формату дистанційного навчання. Дистанційна форма навчання є хоча і альтернативним, проте ефективним інструментом реалізації навчально-педагогічного процесу в умовах карантину. Однак, вона не може в повній мірі забезпечити належну якість медичної освіти, оскільки найбільш суттєвим недоліком даного навчання є неможливість опанування студентами таких базових компетентностей лікаря, як практичні навики [1, с.183]. Технологія дистанційної освіти представляє собою сукупність методів, форм та засобів взаємодії з людиною в процесі самостійного засвоєння матеріалів із подальшим контролем [2, с.318]. На клінічних кафедрах головна проблема адаптації методології освітнього процесу навчання студентів полягає в необхідності максимального наближення практики до традиційного пацієнт-орієнтовного викладання. Забезпечення відповідних методів і технологій навчання, за яких студент є не просто пасивним споживачем інформації, але й приймає максимально активну участь у освітньому процесі, є однією з найважливіших проблем дистанційної освіти.

Весь дистанційний навчальний процес у Запорізькому державному медичному університеті відбувається на платформі MS Teams. При вивченні студентами дитячих інфекційних хвороб важливим є оволодіння практичними навичками щодо обстеження, лікування та профілактики інфекційних захворювань у дітей. Тому завжди постає питання про контролювання засвоєння набутих знань та навичок студентами в умовах дистанційного навчання. На кафедрі дитячих інфекційних хвороб, яка є клінічною дисципліною, дистанційне навчання проводиться зі студентами 5 та 6 курсів медичних факультетів.

При дистанційному навчанні студент займається самостійно згідно тематиці заняття, переглядає лекції, вирішує задачі та тестові завдання. При цьому, студенти 5-го курсу, які проходять навчання в дистанційній формі, не мають можливості спілкування з пацієнтом. Студенти 5 курсу при написанні навчальної історії хвороби, як однієї з форм контролю засвоєння знань студентами, показують знання не тільки з дитячих інфекційних хвороб, але й наявність засвоєних знань на попередніх предметах в умінні проведення обстеження хворого, призначенні плану обстеження та лікування (з пропедевтики, фармакології, мікробіології, фізіології). З метою наближення до реальних умов ми розмістили на електронній сторінці кафедри «легенди до написання історії хвороби», які містять не лише опис скарг, анамнезу

захворювання та життя хворого, а й дані з епідеміологічного та вакцинального анамнезів, основних результатів клінічного огляду, результати додаткових методів обстежень хворих. Все це супроводжують візуальні (фотоматеріали клінічних ознак та даних лабораторних досліджень) матеріали до кожного випадку. Саме цей розділ роботи студентів є важливим при їх оцінюванні, що показує рівень засвоєння студентом основних вмінь та навичок за темою заняття. На останньому занятті викладач проводить оцінку засвоєних знань та вмінь студентом у вигляді співбесіди по опрацьованій навчальній історії хвороби, де студент розкриває засвоєні знання показуючи сформоване клінічне логічне мислення. Іншими методами контролю засвоєнню знань на 5 курсі є поточне та підсумкове тестування: по кожній темі згідно тематиці заняття та тестування в рамках диференційного заліку, що містить 60 тестових завдань, що включає питання згідно навчальної програми.

На 6 курсі заняття зі студентами більш спрямовані на подальшу їх практичну діяльність, тобто вміння застосовувати отримані впродовж попередніх 5 курсів знаня та навички. Логічним продовженням дистанційного навчання є он-лайн навчання. Впродовж он-лайн навчання студент проходить інтерактивні тести, спілкується з викладачем в чатах. Досвідченому викладачеві нескладно визначити рівень вихідних та базових знань по заданій темі та, за допомогою відкритого діалогу, заохотити слухачів міркувати над досліджуваною темою. З метою клінічно-орієнтованого навчання на кожне заняття розроблені ситуаційні задачі, максимально наближені до стандартних клінічних ситуацій. На сайті кафедри відповідно до тематичного плану кожного заняття на окремій сторінці викладенні накази і клінічні протоколи МОЗ України, національні консенсуси, інші матеріали для підготовки до практичних занять. Також дистанційне навчання на 6 курсі більш індивідуалізоване і контроль за засвоєнням знань проводиться з використанням роботи з віртуальним пацієнтом. Кожний студент отримує доступ до віртуального пацієнта з різними захворюваннями згідно тематиці практичних занять: Менінгококова інфекція, ГРВІ (вірусний круп), ГКІ (гіповолемічний шок), Енцефаліт. Щоб отримати доступ до віртуального пацієнта кожний студент отримує логін та пароль доступу в Центрі симуляційної медицини нашого університету. Після виконання цього завдання студент отримує оцінку знань у відсотках за трьома розділами роботи. Перший розділ включає оцінку за вміння оцінити загальний стан хворого, який включає огляд хворого, аускультацію легень та серця (фізичного обстеження хворого). Другий розділ – за вміння підбору та оцінки діагностичної шкали (план обстеження) для підтвердження діагнозу за станом хворого (діагностична діяльність). Третій розділ – за вміння надання медичної допомоги, яке передбачає вибір медичних та інструментальних засобів лікування даного хворого (план лікування), що вимагає знання не тільки конкретних медичних препаратів, але й їх дозування для пацієнтів різного віку. В кінці роботи з віртуальним пацієнтом студенту автоматично виставляється загальна оцінка. Таке навчання дозволяє повністю погрузитися у навчальне «віртуальне» середовище, засвоїти нову інформацію і використати її в кожній конкретній практичній ситуації.

Висновки. В умовах дистанційного навчання он-лайн на клінічних кафедрах медичних ВНЗ-ів пріоритетними напрямками залишаються форми та методи контролю засвоєних знань та вмінь, а саме: відпрацювання практичних

навичок клінічного ведення хворого (віртуального хворого). Це надає можливості отриманий після заняття досвід прямо пов'язати із професійними обов'язками лікаря і сприяє формуванню висококваліфікованого лікаря-спеціаліста.

Список використаних джерел

1.Дронов О. І Досвід викладання дисципліни «загальна хірургія» за дистанційною формою навчання в умовах карантину / О. І.Дронов, І. О. Ковальська, Р. С., Цимбалюк, І. Л. Насташенко, Є. С. Козачук // Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення: матеріали XVIII Всеукр. наук.-практ. конференції в онлайн-режимі за допомогою системи microsoft teams, м. Тернопіль, 20–21 травня 2021 р. - – Тернопіль : ТНМУ, 2021. - С.183.

2.Жукова О.Г., Щербина Т.Ф. Переваги та недоліки дистанційного навчання // Соціально-гуманітарні дослідження та іноваціна освітня діяльність: матер.II міжнар.науков. конференції, м. Дніпро, 26-27 червня 2020р. - Дніпро: СПД «Охотнік», 2020.-С.318.

Пилипенко С.П., к.ф.н.,доцент каф. соц.-гум. дисциплін ПВНЗ «Київський медичний університет».

РОЛЬ МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАЦІЇ В СИСТЕМІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ОСВІТИ

На сучасному етапі розвитку суспільства знання як ніколи відіграють величезну роль. Глобалізація, інтернаціоналізація світових процесів, створення загальноєвропейського простору, розширення економічних, політичних та культурних контактів, міжкультурна комунікація призвели до перегляду як змісту, так і ролі освіти у суспільстві. Система освіти, побудована на гуманістичних засадах на основі міжкультурного діалогу, покликана сприяти подоланню «цивілізаційної кризи».

Тому у контексті глобалізації важливою проблемою стає визнання іншої культури. Через систему освіти, пізнання світу та себе у цьому світі концептуалізується буття та пізнання «Іншого». Уявлення про інші етноси та їх культури – органічна складова національної самосвідомості. Виходячи з цього, важливим системоутворюючим елементом сучасної цивілізації постає міжкультурна комунікація. Соціально-філософське осмислення її закономірностей, стратегій як факторів модернізації суспільного життя, включаючи і освіту, набуває виняткової актуальності.

В умовах інтеграції культур Україна орієнтує заклади вищої освіти не тільки на професійну підготовку фахівців, а й на розвиток культури особистості, готової до самостійної діяльності в новому соціокультурному середовищі, активної взаємодії з представниками інших культур на засадах толерантних взаємин. ПВНЗ «Київський медичний університет» набув міжнародного характеру, що сприяє інтеграції міжнародних та міждержавних контактів. У нових умовах виникає необхідність певної компетентності, важливим показником якої є володіння нормами міжкультурної комунікації, що за певних характеристик побудови здатна стати як засобом підвищення

загальної компетентності індивіда, так й істотно проводити процеси його зростання, зокрема характер процесів самовизначення. Від самовизначення у культурі і за допомогою культури залежать взаємовідносини індивіда з оточуючими його людьми, ставлення до своєї діяльності, усвідомлення власної індивідуальності. Внаслідок такої активності народжуються нові форми культурного простору, які опосередковано впливають на інших людей.

Все це вимагає включення до сучасної університетської навчальної програми обов'язкового курсу з міжкультурної комунікації (наприклад, у Німеччині у вищих навчальних закладах існує викладання дисципліни, що стосується міжкультурної комунікації. Необхідність у знаннях під загальною назвою «Основи міжкультурної комунікації» відчувається у все більш широких сферах життя, що наочно підтверджується появою в різних університетах світу таких курсів, як "Міжкультурна комунікація і кримінологія", "Міжкультурна комунікація в системі охорони здоров'я", "Міжкультурна комунікація та глобальне довкілля", "Міжкультурна комунікація та планування сім'ї" тощо. ПВНЗ «Київський медичний університет» в свою чергу теж активно впроваджує курс «Міжкультурної комунікації» для іноземних та вітчизняних студентів. Розглянемо деякі аспекти цієї дисципліни.

Як відомо, комунікація (від лат. communicatio – зв'язок, повідомлення) – це спілкування, що ґрунтується на взаєморозумінні; повідомлення інформації від однієї людини до іншої або кількох інших» [1, с. 101]. Комунікація є тим важливим елементом, який характеризує комунікативний стиль кожної культури.

Основним фактором здійснення міжкультурної комунікації є участь у ній представників різних культур (як мінімум двох), де представник кожної культури ідентифікує себе, а також інших учасників комунікації виходячи з культурних відмінностей. Гносеологічний аспект спілкування – це те, «…що воно є не тільки одним із засобів пізнання людиною зовнішнього світу, включаючи інших людей та саму себе, а й ефективним інструментом упорядкування відносин між людьми, між соціумом і довкіллям» [2, с. 33].

Філософське розуміння комунікації як універсальної характеристики буття людини передбачає формування умов сумісного існування індивідів на основі довіри та взаєморозуміння для здійснення колективної діяльності. Змістом комунікації є усвідомлення себе з позиції іншого як рівноправних партнерів за духом та менталітетом з метою досягнення консенсусу як між суб'єктами, так і соціальною групою, до якої вони належать.

Людське повсякденне середовище спілкування сповнене численними символічними кодами, певним набором засобів комунікативної взаємодії. При спілкуванні з «Іншими» людина використовує моделі та тактику поведінки, які приймалися і, як правило, закріплювалися у її соціокультурному середовищі під час історичного розвитку. Разом з ними людина сприймає й стереотипи, які не завжди є вірними. При зіткненні з іншою культурою наш власний набір стандартних типів і правил спілкування може не спрацьовувати, а нездійснені очікування між учасниками комунікації, збільшення складності у відповідності інтересів найчастіше обертаються причиною конфліктів.

Міжкультурна комунікація потенційно містить у собі можливість конфліктних ситуацій набагато більшою мірою, ніж міжособистісна комунікація у межах однієї культури. Джерелом конфліктних міжкультурних ситуацій є культурно обумовлені інтерпретації, поведінка та вербальні коди, що сформувалися у процесах інкультурації комунікантів із різних культур.

Міжкультурна комунікація допомагає сформулювати деякі спільні ідеали та цінності (толерантність, рівноправність традицій, етика тощо). Процес міжкультурної комунікації звертає увагу на необхідність розвитку взаємодії різних культур через діалог, який сприятиме більш продуктивному налагодженню взаємозв'язків, усвідомлення загальнолюдської єдності та прагнення розуміти представників різних народів.

Сучасний культурний простір є динамічною відкритою системою, а процес міжкультурної взаємодії розглядається як взаємовідносини між представниками різних культур, етносів та держав. Міжкультурна комунікація спрямована на виховання міжкультурної компетентності, під якою розуміється комплекс соціальних навичок та здібностей, за допомогою яких індивід успішно здійснює комунікацію з партнерами інших культур як у повсякденному, так і у професійному контексті. Вивчення вербальних та невербальних характеристик різних культур, правильне прочитання комунікативних знаків іншого культурного простору та організована на цій основі комунікативна діяльність забезпечують успішність міжкультурної комунікації. Таким чином, кожен конкретний акт комунікації опосередковується культурними відмінностями співрозмовників.

Слід зазначити, що залежно від специфіки культури розрізняють колективістський та індивідуалістський типи. Колективістський тип культури характерний переважно для східних народів, у якому головною цінністю культури є ототожнення себе з колективом. Навпаки, в індивідуалістських культурах акцент робиться на особистості, де головною цінністю виступає індивідуалізм: кожна людина керується своїми принципами та переконаннями. Специфіка цих типів культур у рамках єдиного інформаційного суспільства нікуди не зникає, а навпаки заявляє про свою самостійність, що призводить до такого явища як комунікаційний плюралізм.

Враховуючи ситуацію культурного розмаїття, сьогодні практично жодна культура не існує без взаємодії з іншими культурними утвореннями. Функціонування культур, їхнє взаємопроникнення та постійна взаємодія, як правило, здійснюється різними мовами. Одним з найважливіших засобів, що значно полегшують взаєморозуміння в рамках міжкультурної комунікації є володіння іноземною мовою. Вивчення мов і культур народів світу веде не лише до збагачення знань та розширення кругозору, а й дозволяє переосмислити цінності, уявлення та традиції, що характеризують культуру своєї країни, і особливо культуру того етносу, до якого належить кожен конкретний індивід. Усвідомлення власної культурної, а отже, національної, расової та етнічної приналежності веде до глибшого пізнання свого народу та держави. Однак знання мови, за допомогою якої можливе здійснення міжкультурної комунікації, не вичерпує конфліктності міжкультурного спілкування, оскільки не є універсальним елементом у вирішенні проблем, що виникають між представниками різних культур. Проблема розуміння не може бути зведена до простого знання мови іншої культури, хоча і є дуже важливим фактором у міжкультурному спілкуванні. Без сформованого толерантного міжкультурного бачення світу знання мови практично марне. Таким чином, розуміння у міжкультурній комунікації тісно пов'язане з певними системами цінностей та особливостями переживання фактів дійсності. За рахунок включення аксіологічної та життєвої компоненти, розуміння різних культур стає більш адекватним, а їхня взаємодія більш повноцінною; в результаті чого

представники різних культур вивчають традиції, цінності та норми один одного.

Отже, динаміка процесу міжкультурного спілкування не відокремлена від вивчення «іншої» культури, оскільки здатність сприймати та освоювати досягнення інших культур є одним із головних показників «життєздатності» культури та її подальшого прогресу. Нова парадигма зводиться до знаходження розуміння, що орієнтується не так на подібності, як на відмінності. Завдяки цьому ми поступово уникаємо парадигми створення єдності в розмаїтті і переходимо до більш нейтрального розмаїття в єдності.

Така парадигма освіти покликана допомогти особистості знайти себе у соціальній спільності, формуванню власної культурної ідентичності, адекватних і достатніх знань про картину світу, зокрема і мовної, індивідуальних стратегій та стратегій у розумінні інших.

Значення міжкультурного навчання в найближчому майбутньому зросте багаторазово. Чим повніше і багатогранніше воно буде, тим легше індивід зможе пристосуватися до мінливих умов життя.

Література

1. Пустовіт Л. О. Словник іншомовних слів / Л. О. Пустовіт, О. І. Скопенко, Г. М.Сюта, Т. В. Цимбалюк. – К. : «Довіра» УНВЦ «Рідна мова», 2000. – 567 с.
2. Пономарьов О. С. Логіка спілкування та його гносеологічні аспекти / О. С. Пономарьов // Філософія спілкування. – 2009. – № 2. – С. 28 – 35.

Поляков О.А.[1] , д.м.н., професор
Томаревська О.С.[2], к.м.н., ст. наук. співр.,
[1] Київський медичний університет
[2] ДУ « Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

ЗАСТОСУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ І ПАСПОРТА ЗДОРОВ'Я ЗАДЛЯ ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИКІВ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Вивчення вікових особливостей фізіології людини обумовлює наукові літературні медичні джерела для опанування та удосконалення знань майбутнього лікаря. Лекційними і методичними матеріалами створюється фокус уваги здобувача освіти на ключові знання та перелік мінімуму професійних навичок з курсу фізіології. Ключову роль відіграють цифрові навички, цифрова компетенція та цифрова грамотність студентів, які в процесі навчання повинні посилюватись та допомогти опанувати учбову програму.

Закріплення навичок за допомогою системного онлайн моніторингу «Паспорт здоров'я» дозволяє звернути увагу студента на фактори впливу на параметри здоров'я, які складають загальну працездатність сучасного конкурентоспроможного робітника. Визначення біологічного віку наочно висвітлює взаємовідношення функціональних показників здоров'я що обумовлюють темп старіння. Швидка корекція за допомогою формування позитивних звичок когнітивного та фізичного фітнесу наочно показує динаміку стану здоров'я та профілактики вік-залежних захворювань.

За допомогою паспорта здоров'я студент навчається основам визначення резерву щодо застосування профілактичних, консультативно-лікувальних та медико-соціальних заходів на підставі стандартизованих фізіолого-функціональних методів. Це в свою чергу сприяє формуванню клінічного мислення та розширює перелік рекомендацій щодо немедикаментозного зміцнення здоров'я, як для пацієнта так і здобувача освіти при вивченні притаманних факторів ризику задля корекції і формування здорового способу життя звичок.

Використання онлайн інструментів суттєво допомагає ефективно спланувати час лікаря, але цьому передує щоденна наполеглива праця з опанування знань. І як наслідок формуються не тільки цифрові навички, а й професійні навички такі як: ефективна співпраця, здатність адекватно взаємодіяти з іншими, комунікативні навички, командна робота, емоційний інтелект, встановлення чітких правил щодо режиму та частоти спілкування, брати активну участь у відеоконференціях, адекватно володіти емоціями, здатність підтримувати позитивний настрій на роботу, організація та планування, управління робочим часом, підтримка балансу роботи та відпочинку, автономність, вмотивованість, самодисципліна, дотримання термінів, відстеження щоденного прогресу, праця зайвої опіки, автономність, готовність до змін, творчість, інноваційність, здатність адаптуватися до нових процесів і технологій і водночас завчасно уникати проблемних обставин, творчо реагувати на непередбачувані виклики і розвивати власні інноваційні ідеї [1, с. 29] . Результати більшості досліджень у шести країнах ЄС припускають, що поєднання цифрових і некогнітивних навичок необхідно для успішної роботи в суспільстві, що швидко цифровізується. Основа ключових компетенцій вже враховує деякі некогнітивні навички, але їм потрібно приділяти більше уваги щодо майбутньої сфери роботи. Навички, визначені як суттєві в цьому процесі, формуються, як результати навчання. В результаті людина яка працює чи планує працювати повинна це враховувати, а головне вміти і знати [1, с.13]. .

В донозологічній діагностиці біологічних вік [2, с. 150] і паспорт здоров'я формують у здобувачів концептуальні геронтологічні та гігієнічні підходи щодо збереження слуху, зору, когнітивних, фізичних можливостей та працездатності. Онлайн застосування з 22.05.2020 року «Паспорту здоров'я», розроблено в лабораторії професійно-трудової реабілітації . Метою моніторингу та дистанційної автоматичної оцінки здоров'я населення було визначення потреби впровадження профілактичних заходів, оцінки потреб у консультаційної лікувальної допомозі кваліфікованого медичного персоналу, для збереження здоров'я та оцінки трудового потенціалу населення [3, с. 3-4].

За отриманими результатами системного онлайн-моніторингу «Паспорт здоров'я» 1.1 показано, що коефіцієнти кореляційних зав'язків параметрів зору, слуху, стану метаболізму, фізичної, когнітивної (а саме уваги) та функціональної активності серед респондентів до 30 років визначають достовірний вплив на стан здоров'я ($p < 0,05$) за сумарною та шкальною оцінкою. При виконанні онлайн моніторингу серед осіб до 30 років, а саме серед групи студентів було виявлено кращий рівень здоров'я. Водночас, було отримано зниження рівня здоров'я у 41,44 % осіб молодого віку. Що в абсолютних значеннях склало 206 осіб, які потребують консультативно – лікувальної допомоги від медичних фахівців.

Країни всіх рівнів доходів проводять національні дослідження стану здоров'я населення. Поки що країни проводять збір даних та результатів на підставі опитування і основних стандартів у всьому світі. [4, с. 75] Обмеження рухової активності в умовах пандемії на цьому фоні, зниження резервів організму студентів є актуальним, так як зменшується кількість кроків, які люди проходять за день. У зв'язку з обмеженням щоденного режиму праці та відпочинку виникла необхідність більш уважного ставлення до фізкультурних пауз та тренувань у повсякденній активності в умовах гібридного робочого місця. Правильно організований режим робочого дня, відпочинку, заняття фізичними вправами істотно впливають на зняття втоми, підвищення опірності організму до різних захворювань. За даними ВОЗ та Міжнародної організації праці збільшення часу понад нормованої праці призводить до серйозних наслідків серцево-судинних катастроф. За науковими даними, 5 годин сидіння за столом призводить до гіподинамії. Таким чином, за допомогою системного онлайн моніторингу цілодобово автоматично проводиться оцінка здоров'я з урахуванням фізичної активності, та робиться великий наголос на впровадження методів професійно-трудової реабілітації та фізичної культури для покращення стану здоров'я.

Перелік посилань

1. Siegl, Anna. Remote Working Skills: Empirical Evidence on the Relevance and Needs from Six EU Countries. Research report within the framework of the project 'REMSKA – Remote Working Skills for All'. Arbeitsstelle Migration. Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg. – 2021. – 55 p.
2. Ахаладзе Н. Г., Поляков А. А., Душечкина Н. Б. Биологический возраст и физическая работоспособность в донозологической диагностике рабочих и служащих судостроительного предприятия //Физиология человека. – 1991. – Т. 17. – №. 3. – С. 150 -157.
3. Поляков О. А., Томаревська О.С., Прокопенко Н. О. Застосування превентивної оцінки рівня здоров'я людини за онлайн-моніторингом «Паспорт здоров'я» для професійно-трудової реабілітації населення в умовах пандемії COVID. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. Київ: ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», 2021. – 4с.
4. SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – 86p.

Слободяник Г.І., підполковник медслужби
Медичних сил ЗСУ, проф., д. псих. н., к.м.н,
спеціаліст вищої кат., нач. мед. служби,
нач.мед.пункту 48 ОСБ 72 ОМБр, Київ - Біла Церква

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ БАТАЛЬЙОНУ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ЗАВДАНЬ МЕХАНІЗОВАНОЇ БРИГАДИ НА ПРИКЛАДІ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ОКРЕМОЇ РОТНОЇ ТАКТИЧНОЇ ГРУПИ "КОЙОТ" 72 ОКРЕМОЇ МЕХАНІЗОВАНОЇ БРИГАДИ (25.02-16.05.2022 р.)

Механізовані війська, складаючи основу Сухопутних військ Збройних сил України, виконують наступні завдання:

• в обороні:
- утримання займаних районів, рубежів і позицій;
- відбиття ударів супротивника;
- ураження наступаючих військ;

• в наступі:
- прорив оборони супротивника;
- захоплення важливих районів, рубежів та об'єктів;
- формування водних перешкод;
- переслідування супротивника, який відступає;
- ведення зустрічного бою;

Основним тактичним формуванням Сухопутних військ ЗСУ є бригада. За організаційно-штатною структурою (ОШС) бригади можуть бути механізовані і танкові. Вони складаються з батальйонів і рот.

Механізований батальйон (самостійно або у взаємодії з підрозділами інших родів військ і спеціальних військ), знаходячись у обороні, здатен завдавати супротивнику суцільним багатошаровим вогнем усіх видів зброї втрат на підступах до переднього краю; відбивати атаки його танків та піхоти, удари авіації та стійко утримувати займані позиції. Батальйон займає район оборони близько 3-5 км до фронту та близько 3 км у глибину. Може займати більший район за умови, якщо місцевість не повністю доступна для наступаючих військ або при обороні у смузі забезпечення та на передовій позиції фронту.

Медична служба бригади є однією з ланок медичної служби Збройних сил України, від результатів роботи якої, в значній мірі, залежить збереження та зміцнення здоров'я особового складу, своєчасне надання пораненим і хворим військовослужбовцям медичної допомоги.

Механізований та танковий батальйони є основними загальновійськовими тактичними підрозділами, а механізована та танкова роти — їх тактичними підрозділами. Механізований та танковий батальйони можуть вести бій у складі бригади, а, в деяких випадках, і самостійно.

Загальновійськові підрозділи оснащені, на превеликий жаль, старою радянською зброєю та бойовою технікою, за невеликим винятком, — новою українською зброєю. Систематично змінюється батальйонна організаційна структура не в кращий бік, є багато помилок в організації та реорганізації.

Механізований батальйон входить, як правило, до складу бригади. Водночас він може бути оснащений бронетранспортерами (рідко) або бойовими машинами піхоти (БМП).

Сучасний загальновійськовий бій ведеться об'єднаними зусиллями усіх військ, що беруть участь у ньому. Однак головна роль у досягненні перемоги в загальновійськовому бою належить мотострілецьким та танковим підрозділам — тільки вони здатні завершити розгром супротивника і звільнити свою територію. З метою виконання цих завдань, ведуть бій і взаємодіють з ними підрозділи інших родів військ.

Мотострілецький, танковий батальйони на сьогоднішній день не завжди оснащені сучасним озброєнням, бойовою та іншою технікою. Здебільшого, техніка має помірну потужність, невисоку маневреність, недостатній броньовий захист і низьку стійкість до впливу зброї масового ураження супротивника.

Механізований і танковий батальйони, взаємодіючі між собою, а також з артилерією і підрозділами інших родів військ і спеціальних військ, виконують основне завдання з безпосереднього знищення живої сили і вогневих засобів супротивника під час ближнього бою, використовуючи результати ракетних і авіаційних ударів, результати вогневого ураження супротивника, вдало поєднуючи вогонь і рух у наступі, можуть атакувати супротивника, знищувати його живу силу, танки, БМП, артилерію, протитанкову зброю, та, значно рідше, знищувати засоби ядерного і хімічного нападу, літаки, гелікоптери.

В обороні мотострілецький і танковий батальйони здатні організованим вогнем завдавати втрат супротивнику на підступах до переднього краю, відбивати атаки його танків і піхоти, стійко утримувати займаний район оборони силами військовослужбовців, що брали участь у російсько-українській війні у 2014-2021 роках, а при вклиненні в оборону контратакою другого ешелону, іноді, і завершувати знищення живої сили та вогневих засобів супротивника.

Успішне вирішення будь-яких завдань медичного забезпечення військ, що покладаються на військового лікаря, залежить не тільки від рівня професійної лікарської підготовки, але і від знань та уміння організувати їх виконання. Особливо важливе значення організаційного аспекту медичного забезпечення під час військового положення було неодноразово доведено досвідом роботи військової медицини у Великій Вітчизняній війні та у військових конфліктах останніх років радянського та українського періоду бойових дій за кордоном. Саме цим визначається роль і місце організації медичного забезпечення військ в загальній системі підготовки та удосконалення навичок військових лікарів. Варто зазначити, що з лютого 2019 року, знову після 29 років незалежності України, відкрилися кафедри військової підготовки медиків, але, на превеликий жаль, лише на платній основі, де навчання за 1.5 роки іноді досягає 25000 гривень, що не дає змогу багатьом студентам-медикам отримати військово-медичну освіту та військове медичне звання.

На медичну службу механізованої, танкової бригади покладаються наступні **основні завдання**:

- пошук поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги, їх збір, вивезення (винесення) з поля бою (з підрозділів);
- евакуація поранених і хворих з підрозділів в медичний пункт батальйону (МПБ) і в медичну роту бригади;
- медичне сортування поранених і хворих та своєчасне надання їм долікарської допомоги, а також підготовка до подальшої евакуації тих із них, хто цього потребує;
- тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених і хворих;
- лікування легкопоранених та легкохворих із термінами відновлення боєздатності до 10 діб;
- проведення санітарного нагляду за умовами військової праці, виконанням санітарно-гігієнічних вимог і правил розміщення, харчування, водопостачання, банно-прального обслуговування особового складу, поховання загиблих в бою та померлих військовослужбовців;

– проведення протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань;

– організація та проведення медичної розвідки в смузі бойових дій (районі розташування) бригади;

– медичний контроль за збереженням здоров'я особового складу бригади, організація і здійснення медичних заходів щодо його зміцнення;

– проведення спеціальних медичних заходів із захисту особового складу від зброї масового ураження;

– забезпечення підрозділів бригади медичним майном, медичною технікою та їх технічне обслуговування;

– організація та проведення бойової та гуманітарної підготовки медичного складу та військово-медичної підготовки особового складу бригади, а також пропагування та навчання здоровому способу життя;

– ведення медичного обліку, звітності, узагальнення досвіду роботи медичної служби.

Медичну службу бригади очолює начальник медичної служби — лікар-організатор, який підпорядкований безпосередньо командиру бригади, а зі спеціальних питань — начальнику медичної служби армійського корпусу.

Медична служба бригади включає:

– медичну роту бригади або медичний пункт бригади;

– медичні пункти механізованих (танкових) батальйонів;

– медичні пункти артилерійських дивізіонів;

– медичний пункт роти радіоелектронної боротьби (РЕБ);

– медичну частину роти;

– фельдшера ремонтно-відновлювального батальйону (РВБ);

– фельдшера зенітно-ракетного артилерійського дивізіону (зрадн);

– фельдшера батальйону матеріально-технічного забезпечення (БМТЗ);

– бойових медиків окремих підрозділів: вузлу зв'язку, роти хімічного та біологічного захисту (РХБЗ), розвідувальної роти, групи інженерного забезпечення, батареї управління та радіолокаційної розвідки, роти снайперів.

Основним підрозділом медичної служби бригади є медична рота бригади (медр), яку очолює командир роти — лікар-хірург. Із усіх питань своєї діяльності він підпорядковується начальнику медичної служби бригади.

У кожному механізованому (танковому) батальйоні, артилерійському дивізіоні є медичний пункт батальйону (дивізіону) (МПБ, МПД), який очолює начальник МПБ — фельдшер (помічник лікаря). Він підпорядковується безпосередньо командиру батальйону (дивізіону), а з питань медичного забезпечення виконує вказівки начальника медичної служби бригади.

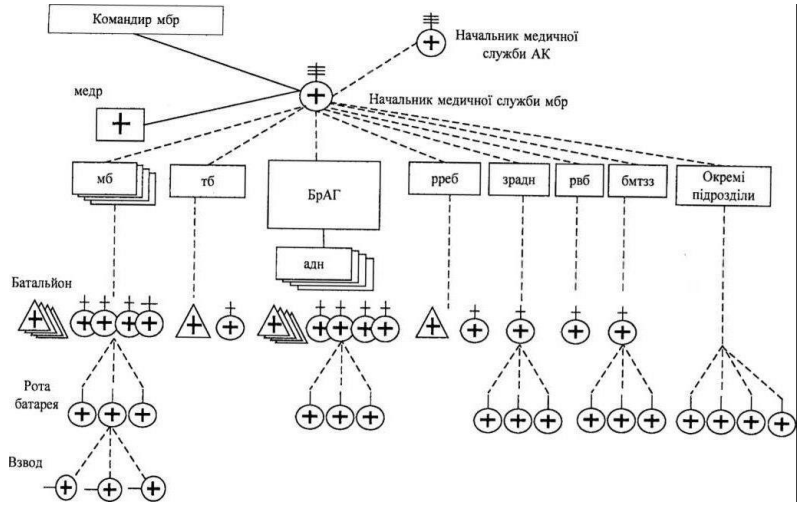


Рис. 1. Організаційна структура медичної служби механізованої бригади.

Умовні позначення:

- Стрілець-санітар

- Бойовий медик

- Фельдшер

- Начальник медичної служби (лікар)

- Медичний пункт батальйону

- Медична рота бригади

У кожній механізованій роті (батареї) медичне забезпечення організовують та здійснюють бойові медики. Вони підпорядковані безпосередньо командирам рот (батарей), а з питань організації медичного забезпечення виконують вказівки начальника МПБ (МПД). У механізованих взводах медичне забезпечення здійснюють стрільці-санітари. Вони підпорядковані безпосередньо командирам взводів, а зі спеціальних питань — бойовим медикам рот.

Необхідно зазначити, що в РЕБ медична служба представлена медичним пунктом роти, який очолює фельдшер. Він підпорядкований безпосередньо командиру роти, а зі спеціальних питань — начальнику медичної служби бригади.

У зенітно-ракетному артилерійському дивізіоні (зрдн), ремонтно-відновлювальному батальйоні (РВБ), батальйоні матеріально-технічного забезпечення (бтмз) медична служба представлена фельдшером (помічником лікаря), який безпосередньо підпорядковується командиру батальйону (дивізіону), а з питань медичного забезпечення — начальнику медичної служби бригади.

В окремих підрозділах бригади (вузол зв'язку, РХБЗ, розвідувальна рота, група інженерного забезпечення, батарея управління та радіолокаційної розвідки, рота снайперів) медичне забезпечення здійснюють бойові медики, які безпосередньо підпорядковується командирам своїх підрозділів, а зі спеціальних питань — начальнику медичної служби бригади. Нажаль, слід зазначити, що в часи Президента України Віктора Ющенка були знищені та закриті в 2007 році два фельдшерських військових училища ЗСУ у м. Вінниця та м. Суми, а в м. Києві військове фельдшерське училище зникло ще у радянські часи в 1956 році шляхом реорганізації у друге медичне училище м. Києва, тому все вищезазначене про командування фельдшерами військовими медичними підрозділами є скоріше бажанням вписатися в схеми, ніж правою. Фельдшерів у ЗСУ катастрофічно не вистачає.

Гостро бракує бойових медиків у танкових ротах та санітарів-стрільців — у танкових взводах.

Тому зараз варто зупинитися на організації унікального підрозділу (медичного пункту, а згодом медичної частини роти) на базі Окремої ротної тактичної групи "Койот" 72 ОМБр. Медична служба ОРТГ "Койот" була організована 24 лютого 2022 року у першу добу війни на базі муніципальної варти міста Києва, з 26 лютого 2022 року шляхом реорганізації в резервну роту 72 ОМБр у кількості трьох осіб: двох лікарів — Слободяника Г.І. та Блажко Д.В. і санітарки Помошник К.В.

28 лютого 2022 року медпункт поповнився лікарем ІІ категорії Вишнепольським Г.Й., досвідченим терапевтом та анестезіологом, а також, цивільними молодими фельдшерами: Осипенко В.В. та Руденко А.Р., що раніше працювала в системі МВС України та трьома санітарами: Павловським О.В., Кузнецовою А.Г. та Дмитрієвим Ю.І., а при переміщенні на нову бойову позицію 2 березня 2022 року до медпункту доєдналися лікарі-хірурги з ортопедії з 1-ї Дитячої клінічної лікарні м. Києва: Пилипчук О.Р., Таргоня Я.Г. та хірург-уролог Жилін Д.В.

Після реорганізації 11 березня 2022 року в Оперативну тактичну роту "Койот" 72 ОМБр до медичного пункту були прийняті санітар-водій Єгоршин В.В., санітар-волонтер Дмитрієв В.І., санітарні інструктори: рядовий Шаповал О.М. та лейтенант ЗСУ Грищенко В.П., шляхом переводу з ІІ взводу "Дельта" санітарний інструктор Юрченко Ю.Ю. та санітар-стрілець, волонтер Рубай Є.Г.

2 квітня 2022 року була проведена чергова реорганізація роти, що отримала назву Окрема ротна тактична група "Койот" при в/ч А2167 72 ОМБр, до складу вже медичної частини роти прибули на службу: лікар-волонтер Смірнов О.М. солдати: Муленко Д.Л., Нагорнюк Д.В., Литвин А.М. та Фролов О.В., до речі, громадянин Ізраїлю, уродженець України, що приїхав боронити свою Батьківщину Україну від ворога.

Нажаль, в нових умовах, виникли такі поняття як солдат-волонтер та солдат-резервіст, які поки не зараховані на постійній основі до складу бригади, працюють на безоплатній основі і мені, як керівнику, довелося віддати підготовлених медиків до інших бойових підрозділів, де вони були зараховані на інші посади (Дмитрієв В.І., Рубай Є.Г., Фролов О.В.), солдати-волонтери Муленко Д.Л. та Нагорнюк Д.В. звільнилися за власним бажанням 15 квітня 2022 року. Тому у самий розквіт, особовий склад Медичної служби медичної частини Окремої ротної тактичної групи "Койот" 72 ОМБр складався з 22 військовослужбовців-медиків, резервістів та волонтерів, ось кратка

характеристика медиків, котрі служили В МПБ у період з 25 лютого по 19 травня 2022 року:

1. Майор м/с Слободяник Геннадій Іванович; професор, д. псих. н., к.м.н, спец, вищої кат., НМС, ЛЗП;
2. Мол. лейтенант м/с Таргоня Ярослав Георгійович; лікар І кат., заст. НМС, ЛЗП;
3. Майор м/с Пилипчук Олег Ростиславович, к.м.н., лікар вищої кат., ЛЗП;
4. Лейтенант м/с Вишнепольський Геннадій Йосипович, лікар ІІ кат., ЛЗП;
5. Лейтенант Грищенко Валентин Петрович; санітарний інструктор, резервіст;
6. Рядовий Жилін Денис Віталійович; лікар І кат., ЛЗП;
7. Солдат Смірнов Олексій Михайлович; аспірант (спеціалізація — історія науки і техніки), лікар-стоматолог, санітарний інструктор, волонтер;
8. Солдат Осипенко Валерія Валеріївна; старша медсестра, фельдшер;
9. Мол. сержант, лейтенант поліції Юрченко Юрій Юрійович; санітарний інструктор, канд. у майстри спорту України з класичного самбо;
10. Солдат Руденко Анна Романівна; фельдшер, медсестра;
11.Єфрейтор Егоршин В'ячеслав В'ячеславович; канд. у майстри спорту з багатоборства та плавання УРСР, санітар-водій;
12. Рядовий Шаповал Олександр Миколайович, санітарний інструктор, головний кухар;
13. Солдат Кузнєцова Анастасія Геннадіївна; сестра-господиня, санітарка;
14. Солдат Дмитрієв Юрій Ігорович, водій-санітар-радіотелефоніст, статист;
15. Рядовий Євстєфєєв Владислав Миколайович; санітар-стрілець, резервіст;
16. Солдат Павлівський Олександр Васильович; санітар;
17. Солдат Литвин Андрій Максимович; санітар-стрілець, волонтер;
18. Солдат Дмитрієв Віталій Ігорович; санітар, резервіст;
19. Солдат Фролов Олександр Вікторович; санітар-стрілець, волонтер;
20. Солдат Рубай Євген Григорович; санітар-стрілець, волонтер;
21. Солдат Нагорнюк Дмитро Віталійович; санітар-стрілець, волонтер;
22. Солдат Муленко Денис Леонідович; санітар-стрілець, волонтер.

У створенні унікальної медичної частини велику роль відігравали командир ОРТГ "Койот" підполковник Марі Ігор Владиславович та начальник штабу Колумбет Антон Сергійович, ветеран та учасник бойових дій 2014-2016 рр . Особлива подяка за допомогу в реорганізації медичної служби на сучасний лад начальнику штаба 72 ОМБр підполковнику Халабуді Олексію Анатолійовичу. Протягом практично трьох місяців роботи медичний пункт та медична частина надали медичну допомогу близько 400 бійцям терапевтичного профілю та близько 120 — хірургічного профілю, з них 12 військовослужбовцям 3ОТБр та Національної гвардії України, що знаходились поряд з нами на передовій у містах Ірпінь, Буча, селах Гостомель та Мощун.

На превеликий жаль шляхом реорганізації та інших дій ця унікальна медична структура була ліквідована і створена загальна штатна структура медичного пункту 48 окремого стрілецького батальона, підпорядкованого медичної роті 72 окремої механізованій бригади.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1.Військово-медична підготовка. Під редакцією М.І. Бадюка.. К.: “МП Леся”, 2007. 484 с.

2.Державна програма розвитку Збройних Сил України на період до 2020 року: Указ Президента України від 22.03.2017 № 73/2017 Введена в дію 24.03.2017 URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0017525-16 (дата звернення: 10.02.2020).
3.Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР . Редакція від 01.01.2020. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр (дата звернення: 28.02.2020).
4.Нікітюк Олександр, Слободяник Геннадій, Копичко Наталія. Діяльність Восьмих курсів перепідготовки офіцерів медичної служби запасу (січень-вересень 2015 рр.). *Війна на Донбасі. 2014 – 2016 рр.* : зб. наук. праць за матеріалами ІІ Всеукр. наук. військ.- істор. конф., 20 квітня 2017 р. / Нац. військ.-істор. муз. України. К., 2017. С.60-64.
5.Організація медичного забезпечення військ : підруч. для студентів вищих медичних закладів освіти України ІІІ–ІV рівнів акредитації. за ред. проф. В.В. Паська. К.: МП "Леся", 2005. 430 с.
6.Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України. Постанова КМУ від 31.10.2018 р. № 910 Набрала чинності: 31.10.2018. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-voyenno-medichnoyi-doktrini-ukrayini (дата звернення: 10.01.2020).
7.Слободяник Г.І., Нікітюк О.В. З досвіду організації медичного та кадрового забезпечення військової частини А2227 (40 окремої артилерійської бригади). *Війна на Донбасі. 2014-2018 рр.:* зб. наук. праць за матеріалами ІІІ Всеукр. наук. військ.-істор. конф., 19 квітня 2018 р. / Нац. військово-історичний муз. України. К., 2018. С.198-203.
8.Слободяник Г.І., Нікітюк О.В. Компетентність та якість освіти у процесі навчання на військових медичних кафедрах та курсах перепідготовки офіцерів медичної служби ЗСУ. *Неперервна освіта для сталого розвитку. Філософсько-теоретичні контексти та педагогічна практика:* мат. Всеукр. наук.- практ. конф. м. Дніпро, 06 грудня 2018 р. Дніпро.ч. І, С.113-116.
9.Слободяник Г.І., Нікітюк О.В. Основи підготовки офіцерів медичної служби запасу з курсом тактичної медицини. Навч. посібник. К. МАУП, 2020. 240 с.
10.Слободяник Г.І., Нікітюк О.В. Якість освіти та компетентність офіцерів запасу медичної служби у процесі навчання на кафедрах медицини катастроф та військової медицини. *Наукові основи функціонування системи методичної роботи у Військовій академії та шляхи підвищення її ефективності:* мат. наук.-метод. конф. 13 квітня 2018 року, м. Одеса, Одеса: Військова академія, 2018. С. 48-51.
11.У Збройних Силах України продовжує вдосконалюватись система підготовки військово-медичного персоналу за стандартами НАТО. URL: http://www.mil.gov.ua/news/2017/02/08/u-zbrojnih-silah-ukraini-prodovzhue-vdoskonalyuvatis-sistema-pidgotovki-vijskovo-medichnogo-personalu-za-standartami-nato/. (дата звернення: 06.01.2020).
12.Слободяник Г.І., Нікітюк О.В., Діденко Л.В., Ігнатіщєв М.Р. Військова медична служба та її структурна реорганізація на сучасному етапі надання медичної допомоги у ЗСУ. *Новітні чинники впливу на розвиток особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я:* матер. XIX Міжнар. наук. конф., Київ, 20 березня 2019 р., К.:КМУ, 2019. С.160-163.
13.Слободяник Г.І. Завдання та організація медичної служби батальона під час виконання завдань механізованої бригади на прикладі медичної служби окремої ротної тактичної групи «Койот» 72 ОМБр. Всеукраїнський педагогічний сайт «Всеосвіта». К., 2022, С.9.

Слободяник Г.І., підполковник медслужби
Медичних сил ЗСУ, проф., д. псих. н., к.м.н,
спеціаліст вищої кат., нач. мед. служби,
нач.мед.пункту 48 ОСБ 72 ОМБр, Київ - Біла Церква
Фесенко В.П., майор м/с., старший лікар-інспектор
відділу соціальної експертизи ЦВЛК ЗСУ, м. Київ

АДАПТАЦІЯ ТА ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ ПЕРЕЯСЛАВ – ХМЕЛЬНИЦЬКОГО ДЕРЖАВНОГО ПЕДАГОГІЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ГРИГОРІЯ СКОВОРОДИ

До провідних чинників, що впливають на динаміку внутрішньо особистісних конфліктів, належить ціннісна сфера особистості. Ціннісні орієнтації забезпечують стійкість особистості, визначеність та послідовність її поведінки, постійність взаємовідносин із соціумом. Розвинуті ціннісні орієнтації — це ознака зрілої особистості, показник міри її соціальності, ступеня входження індивіда до суспільно-соціальних відносин. Для дослідження життєвих цілей та планів необхідно застосувати підхід до студентів, які навчаються у вищому навчальному закладі, в основі якого лежать події, які є ключовим моментом життєвого шляху особистості. Саме такими подіями й виступають життєві цілі та плани. В емпіричних дослідженнях як життєві плани зазвичай виступають такі конкретні події, як вступ до вищого навчального закладу, шлюб та інше, а як життєві цілі - деякі досить абстрактні орієнтири: гарна робота, матеріальна забезпеченість, щасливе сімейне життя. Послідовна реалізація конкретних подій - планів, впливає на особистість та зрештою призводить до здійснення конкретних життєвих цілей. Але, щоб план переростав у здійснення цілі, вона мусить бути предметно визначеною, а час її реалізації узгоджений з часом здійснення плану

Якщо життєві цілі не реалізуються, то виникає загроза внутрішньоособистісного конфлікту, який проявляється через невпевненість у своїх силах, втраті стимулів самореалізації. Орієнтуючись у широкому спектрі соціальних цінностей, індивід вибирає ті, які найтісніше пов'язані з його домінантними потребами. Предмети цих потреб усвідомлюються особистістю й стають її ключовим життєвими цінностями.

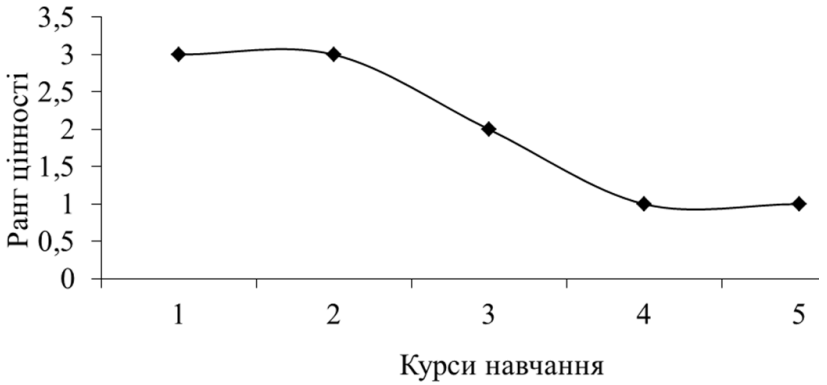
Застосувавши аналіз результатів вибірки тестування студентів Переяслав Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди (ПХДПУ) у кількості 120 осіб, з першого по п’ятий курси навчання, різних факультетів, за модифікованою методикою "ціннісних орієнтацій" М. Рокіча, були отримані дані про значущість основних термінальних цінностей.

В цілому за вибіркою результатів тестування студентів найвищу значущість мають такі цінності: № 15 — щасливе сімейне життя; № 8 — наявність добрих і вірних друзів; № 3 — здоров'я фізичне й психічне.

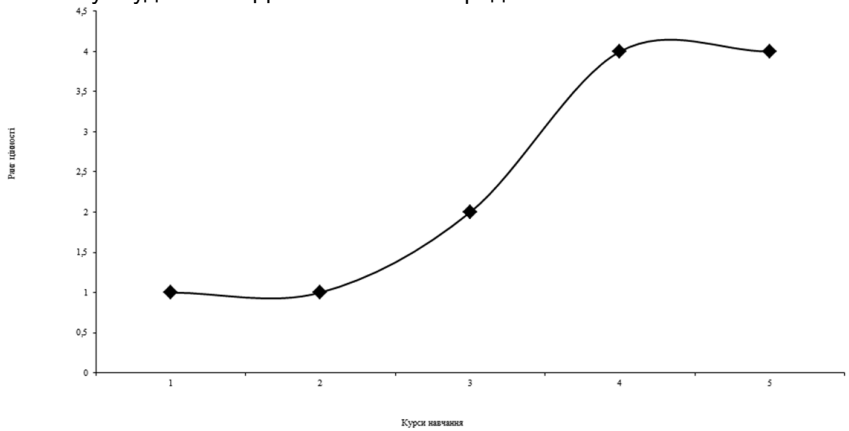
Але значущість цих цінностей різна, відповідно до курсів навчання. Наприклад, якщо цінність № 15 ("щасливе сімейне життя") — загалом по університету на старших (4-5-му курсах) посідає перше місце, то на молодших

(1-2-му) лише третє. Як видно з мал. 1, відстежується чітке зростання значущості такої тенденції від молодших курсів до старших. Відсоткова складова цієї цінності становить відповідно на молодших курсах — 55, 51 %, 59, 83 % , а на старших — 75,45 %.

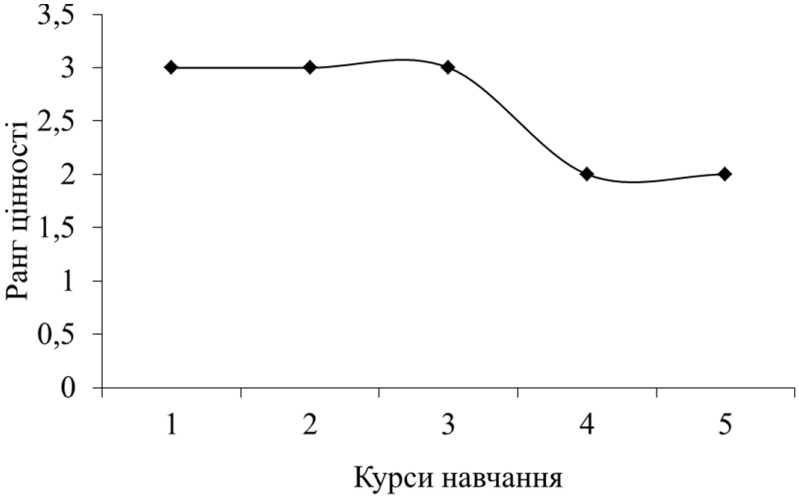
Цінність № 8 ("наявність добрих і вірних друзів"), у порівнянні з попередньою, має зворотну тенденцію: на молодших курсах (1-2-му) її значущість сягає першого плану (відсоткове співвідношення — 78,53 %, 65,61 %), на випускному (5-му) курсі студенти за значущістю цю цінність опустили на четверте місце (60,82%). Цей факт пояснюється тим, що на молодших курсах студентам, які намагаються адаптуватися до нового середовища, дуже важливо мати підтримку вірних друзів. Студенти старших курсів воліють бути поряд із коханою людиною, ніж знайти підтримку серед друзів. Динаміка прояву цієї цінності подана на мал. 2.



Мал. 1. Динаміка прояву цінності № 15 ("щасливе сімейне життя") у період навчання у студентів ПХДПУ імені Г. Сковороди



Мал. 2. Динаміка прояву у студентів цінності № 8 ("наявність добрих і вірних друзів") за період навчання у ПХДПУ імені Г. Сковороди



Мал. 3. Динаміка прояву у студентів цінності № 3 ("здоров'я фізичне і психічне") за період навчання ПХДПУ імені Г. Сковороди

Цінність № 3 ("здоров'я фізичне й психічне") в цілому поставлена студентами на третю позицію. Як зазначено на мал. 3 велику значущість ця цінність має на молодших (1-2-му) та випускному (5-му) курсах (відповідно — 61,45 %, 68,71 %). А студенти 3-4-го курсів оцінили вагу здоров'я трохи нижче за тих, хто навчається на інших курсах (58,01 %).

На мою думку ─ це цілком закономірно. Без наявності гармонійного психічного та фізичного здоров'я не можна говорити про щасливе сімейне життя та про інші цінності. Особливо актуальною ця проблема постала в нашій країні, де рівень здоров'я з кожним роком погіршується внаслідок певних чинників (військові дії на Сході України, еміграція населення за кордон, катастрофи у Чорнобилі, низький соціальний рівень життя тощо).

Цікавим є той факт, що найменшу значущість для студентів мають такі цінності, як "творчість (можливість творчої діяльності)" та "розваги (приємне необтяжливе проводження часу, відсутність обов'язків)".

Досліджуючи внутрішньоособистісний конфлікт студентів важливо, на мій погляд, виявити ті цінності, які для них найбільш важкодоступні. Зважаючи на те, що особистісні проблеми знаходять своє відображення й у різниці між важливістю для особистості цінності та її досягненням, у процесі дослідження з вибірки результатів студентів виявлені цінності, де ця різниця найістотніша. У таблиці 1. представлено п'ять цінностей, де спостерігається найбільш сильно виражена різниця між їх, важливістю для студентів та досяжністю для особистості в процесі життєдіяльності у ПХДПУ імені Г. Сковороди. Як видно з результатів, представлених у ній, найдоступніша різниця спостерігається в студентів при реалізації таких життєвоважливих цінностей (цілей), як "щасливе сімейне життя" і "впевненість у собі".

Таблиця 1

Ранги термінальних цінностей за різницею між важливістю та досяжністю для студентів

№	Термінальні цінності	*Ранги цінностей за різницею між важливістю та досяжністю*					
		I курс	*II курс*	*III курс*	*IV курс*	*V курс*	*Загалом по ВНЗ*
3.	Здоров'я (фізичне та психічне)	4	1	10	5	6	4
4.	Цікава робота	2	15	6	2	3	5
8.	Мати добрих друзів (благополуччя, розвиток та самовдосконалення інших)	9	4	3	4	5	3
15.	Щасливе сімейне життя	1	2	2	1	1	1
18.	Упевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)	8	5	4	6	2	2

На мій погляд, при аналізі цінностей, які студенти вважають найбільш важкодоступними у своєму житті слід звернути увагу на кілька моментів.

Цінність "щасливе сімейне життя" на всіх курсах навчання вважається для студентів однією з найважкодосяжніших. Це може бути пов'язано, з одного боку, із кризою родини як соціального інституту здоров'я, що спостерігається в нашому суспільстві останнім часом, а з іншого боку, із наявністю в багатьох студентів суб'єктивних труднощів при реалізації цієї життєвої цінності.

Наявність суб'єктивних труднощів у реалізації цієї мети може призводити до виникнення внутрішньо особистісних конфліктів. До таких конфліктів, які обумовлені протиріччям між мотивом досягнення щасливого сімейного життя або його створенням у майбутньому й невмінням або неготовністю це зробити в реальному житті, належать: "мотиваційний" конфлікт уже існуючих сімейних відносин; конфлікт "адаптаційний", спілкування, насамперед, з особами протилежної статі, а також конфлікт "нереалізованого бажання". Про перші два види конфлікту вже велася мова, коли ми характеризували особливості життєдіяльності студентів. При конфлікті нереалізованого бажання у особистості виникають суб'єктивно сильно виражені оцінювальні сексуальні потяги, які входять у суперечність з існуючими соціальними або моральними нормами.

Цінність "упевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів) є для студентів найбільш важко досяжною, це свідчить, з одного боку, про часте виникнення в процесі їхнього розвитку й навчання особистісних протиріч, а з іншого — певною мірою про недостатність досвіду студентів з оптимального їх розв'язання та досягнення внутрішньої

гармонії. Причому звертає на себе увагу той факт, що усвідомлення цієї цінності як важкодоступної зростає від молодших курсів до старших, сягаючи найвищої інтенсивності на випускному п'ятому курсі.

Для студентів 1, 4 і 5-х курсів цінність "цікава робота" вважається також важкодосяжною. Вступаючи до ПХДПУ імені Г. Сковороди і завершуючи навчання в ньому, студенти вважають, що їх професійна діяльність, яку вони обрали, здебільшого особистісно нецікава. Велика різниця між цінністю "цікава робота" та її суб'єктивною досяжністю пов'язана в деяких студентів із таким конфліктом, як "мотиваційний".

Список використаної літератури

1. Інноваційні процеси адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі. //Мат.IX Міжнар. наук. - практ. конф.:«Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2009. - с.136-138.
2. Герасимова А.С., Андриенко А.П., Маринич В.Л., Слободяник Г.И. Выработка профессиональных действий и умений студентов высших учебных заведений.//Мат.XI Міжнар.наук. - практ. конф.:«Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2011. - с.24-25.
3. Герасимова А.С., Добровольская О.Н., Слободяник Г.И. Учебный материал как основа психологического механизма профессиональных действий. //Мат.XI Міжнар. наук. - практ. конф.:«Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2011. - с.25-26. 4. Герасімова А.С., Слободяник Г.І., Величко З.Я. Механізми психологічних захистів у студентів. //Мат.XII Міжнар. наук. - практ. конф.: «Формування національних і загальнолюдських цінностей у студентів медичних і фармацевтичних вищих навч. закладів». К., - 2012. - с.30-31.
5. Добровольська О.М., Слободяник Г.І., Герасімова А.С., Умаров Ж.К., Латиш Ю.В. Ціннісно – мотиваційні прояви психологічної адаптації у особистості. //Мат. XIII Міжнар. наук. - практ. конф.:«Формування національних і загальнолюдських цінностей у студентів медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів». К., - 2013. - с.156-158.
6. Павленко Л.І., Слободяник Г.І., Циганкова В.І., Луців І.М., Косяк М.С. Інноваційні процеси психологічної адаптації дітей до практичного навчання. //Мат. XV Міжн. наук. конф.: «Сучасні парадигми вищої медичної освіти». К., - 2015. - с.106-107.
7. Програма II Всеукраїнської наукової конференції «Україна в гуманітарних і соціально-економічних вимірах». Доповідь Косяк М.С., Слободяник Г.І., Слободяник І.О., Калайтанов М.В.. Нікітюк О.В. Аналіз та планування проведення виховного процесу у школах, інших закладах освіти Оболонського району міста Києва. Дніпро, - 24-25 березня 2017 року. - с.12.
8. Програма Всеукраїнської наукової конференції «Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій» 24 - 25 листопаду 2017 року. Секція II. «Сучасна освіта: історичний досвід, методологія, теорія і практика, гендерна освіта». Стаття на доповідь: Слободяник Г.І., Овсянников Д.О., Нікітюк О.М., Шаповал О.М. Система розвиваючого навчання з напрямком на розвиток творчих здібностей особистості. Метод мозкового штурму.//Мат. Всеукраїнської наукової конференції: «Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій». Дніпро, - 2017. - с.10. 9. Програма Всеукраїнської наукової конференції «Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій» 24 – 25 листопаду 2017 року. Секція II. «Сучасна освіта: історичний досвід, методологія, теорія і практика, гендерна освіта». Стаття на доповідь: Слободяник Г.І., Слободяник І.О. Методи моделювання маленькими чоловічками (метод ММЧ) та синектики у теорії розв'язання винахідницьких завдань. //Мат. Всеукраїнської наук. конф.: «Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій». Дніпро, - 2017. - с.10. 10. Смірнов

Олексій. Інноваційні процеси адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі.(співавтори: Балл Г.О., Слободяник Г.І., Хазратова П.В., Ханін Ю.Л.). К. - 2016. - с.1-5.
11. Слободяник Г.І., Добровольська О.М., Герасімова А.С., Смірнов О.М., Свитко О.В. Клініко – емпірична оцінка психологічного клімату і адаптації студентів у вищому навчальному закладі. //Мат. IX Міжнар. наук. - практ. конф.: «Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2009. - с.138-140.
12. Слободяник Г.І., Герасімова А.С., Смірнов О.М. Адаптаційно - інноваційні процеси в навчанні у вищому навчальному закладі. //Мат.X Міжнар. наук. - практ. конф.: «Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2010. - с.108-110.
13. Слободяник Г.І. Особливості прояву внутрішньоособистісних конфліктів у студентському віці. //Мат. X Міжнар. наук. - практ. конф.:«Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2010. - с.113-117.
14. Слободяник Г.І., Добровольська О.М., Смірнов О.М., Шаповал О.М. Основні напрямки попередження внутрішньоособистісних конфліктів у ВНЗ. //Мат.X ювілейної Міжнар. наук. - практ. конф.: «Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2010. - с.119-122.
15. Слободяник Г.І., Андрієнко О.П., Шаповал О.М. Групова психокорекція у студентський групі у ВУЗі. //Мат. XII Міжнар. наук. - практ. конф.: «Формування національних і загальнолюдських цінностей у студентів медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів». К., - 2012. - с.88-89. 16. Слободяник Г.І.,Латиш Ю.В., Герасімова А.С., Величко З.Я. Психологічно – адаптивні захисти і прояви у внутрішньо особистісних конфліктах. //Мат. XIII Міжнар. наук. - практ. конф.: «Формування національних і загальнолюдських цінностей у студентів медичних і фармацевтичних вищих навч. закладів». К., - 2013. - с.152-154.
17. Слободяник Г.І., Герасімова А.С., Умаров Ж.К., Кальянко Л.О., Ігнатенко Д.С.. Психологічна адаптація та її вплив на внутрішньоособистисні конфлікти у студентів ВНЗ. //Мат.XV Міжн. наук. конф.:«Сучасні парадигми вищої медичної освіти». К., - 2015. - с.135-137.
18. Слободяник Г.І., Добровольська О.М., Андрєєв Є.Б., Макарська С.Ю. Психологічна актуалізація захисної поведінки у процесі корекційної роботи особистості. //Мат.XI Міжнар. наук. - практ. конф.: «Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2011. - с.93-97. 19. Слободяник Г.І., Андрєєв Є.Б., Макарська С.Ю., Воротіліна М.С. Ціннісні орієнтації та їх вплив на внутрішньоособистісні конфлікти у студентів ВНЗ. //Мат.XI Міжнар. наук. - практ. конф.:«Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів - медиків». К., - 2011. - с.97-100.
20. Слободяник Г.І., Андрієнко О.П., Наумейко І.В. Деякі індивідуальні та організаційні можливості реалізації умов особистісно орієнтованого навчання у вищому медичному закладі. //Мат. XIV Міжнар. наук. - практ. конф.: «Формування національних і загальнолюдських цінностей у студентів медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів». К., - 2014. - с.37-38.
21. Слободяник Г.І., Павленко Л.І., Андрієнко О.П., Марченко Г.П. Психокорекційна робота особистості та її захисна поведінка. //Мат. XV Міжн. наук. конф.: «Сучасні парадигми вищої медичної освіти». К., - 2015. - с.137-140.
22. Філософсько-теоретичні та практико-зорієнтовані аспекти випереджаючої освіти для сталого розвитку. Наукове видання, під ред..Висоцької О.Є. (співавт. Слободяник Г.І. та ін.). Дніпропетровськ, - 2015. - 300 С.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ

НЕВРОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КОРОНАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ

Останнім часом на тлі пандемії короновірусной інфекції нерідко стали спостерігатися випадки неврологічної патології у хворих, що перенесли COVID – 19. Студенти медичних університетів та інститутів – майбутні лікарі, практичні лікарі мають бути ознайомлені з цією проблемою.

Відомо, що короновірусна інфекція сприяє виникненню порушень з боку нервової системи. Як вказує О.А. Голубовська (2021), цитокіни, які виділяються при периферичному запаленні, можуть збільшувати проникливість гематоенцефалічного бар'єру, забезпечуючи шлях вірусу до проникнення в мозок. Далі вірус може інфікувати астроцити і мікроглію, активізуючи каскад нейрозапалення і нейродегенерації. Окрім того, може виникнути вірус – індукована нейропатія, аутоіммунна агресія, гіпоксія головного мозку, зниження мозкового кровотоку, підвищення внутрішньочерепного тиску, розвиток нейропсихіатричних симптомів, поява вегетативної дисфункції.

Нами в неврологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №11 спостерігалися 42 хворих у віці від 48 до 82 років, що перенесли в анамнезі (від 1 до 6 місяців давнини) короновірусную інфекцію (в основному середнього і важкого ступеня ураження). З 42 хворих чоловіків було 16, жінок – 26. Слід вказати, що багато з цих хворих до короновірусної інфекції страждали на артеріальну гіпертензію, церебральний атеросклероз, дисциркуляторну енцефалопатію II - Ш ст., остеохондроз хребта, деякі пацієнти (4) хворіли на цукровий діабет.

Хворі, що спостерігалися, були обстежені: проводилося дослідження соматичної сфери, неврологічне обстеження в динаміці, лабораторні і рентгенологічні обстеження, ЕКГ. В необхідних випадках проводилися магніто-резонансна томографія головного мозку і хребта, доплерографія судин головного мозку і шиї, електронейроміографія, електроенцефалографія.

Більшість хворих, що спостерігалися, відмічали, що скарги, з якими вони звернулися до лікаря, виникли в перші тижні – місяці після перенесеної короновірусной інфекції (або загострилися після неї ті скарги, що мали місце раніше). Хворі скаржилися на підвищену стомлюваність, дратівливість, лабільність настрою (часто з його зниженням), плаксивість, зниження пам'яті, уваги, працездатності, апетиту. Ці скарги зазвичай відмічалися у хворих, в яких був діагностований церебрастенічний синдром (35 хворих – 83,3% випадків). Слід зазначити, що церебрастенічеський синдром нерідко виявлявся на тлі різної неврологічної патології, діагностованої у спостережуваних пацієнтів. Часто хворі скаржилися на стійкий головний біль, запаморочення, хиткість при ході, зниження темпу мислення, загальну слабкість, слабкість в руках і в ногах, порушення стояння, ходи. В ряді випадків відмічалися скарги на біль в хребті, в кінцівках, порушення чутливості в них. Інколи відмічені скарги на галюцинації (1 хворий).

При спостереженні за хворими в 20 випадках (47,6%) відмічено загострення хронічної веретебробазилярной судинної недостатності на фоні дисциркуляторної енцефалопатії II - III ст., причому в 6 з них відмічався

прогресуючий характер дисциркуляторної енцефалопатії. 2 хворих (4,8%) перенесли гостре порушення мозкового кровообігу в басейні середньої мозкової артерії, 1 (2,4%) – транзиторну ішемічну атаку. В 9 хворих (21,4%) відмічені радикулярні синдроми вертеброгенного генезу, в 4 (9,5%) спостерігалося загострення діабетичної полінейропатії з переважним ураженням ніг, в 1 випадку (2,4%) була діагностована гостра енцефалополінейропатія і в 1 (2,4%) – синдром Гійена-Барре. Слід вказати, що неврологічні порушення у одного і того ж хворого в ряді випадків могли поєднуватися.

Звертає на себе увагу відносно великий спектр неврологічної патології у хворих. Звичайно, поява (або загострення) неврологічних порушень після перенесеної короновірусной інфекції не обов'язково повинна означати, що ці порушення виникли унаслідок цієї інфекції, проте, їх виникнення через відносно короткий час після COVID – 19 може вказувати на її провокуючу роль в розвитку або загострені неврологічної патології.

Ми вважаємо, що хворі, які перенесли короновірусную інфекцію (особливо в перших 6 місяців після неї), для раннього виявлення неврологічної патології і проведення відповідного лікування повинні регулярно оглядатися не лише сімейним лікарем, але і лікарем-неврологом.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ

КОДУВАННЯ І ДЕКОДУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ В НЕРВОВІЙ СИСТЕМІ

Питання передачі інформації дуже важливі для розуміння суті функціонування нервової системи (НС). Студентам та інтернам медичних університетів і інститутів – майбутнім лікарям необхідно мати уявлення про це питання.

Як вказується в [1], інформаційний обмін в центральній нервовій системі (ЦНС) складає основну частіну інформаційного потоку в організмі тварини і людини. Зовнішній світ ми пізнаємо за допомогою сенсорних систем, які називають «органи відчуття». Арістотель виділяв п'ять відчуттів, але насправді їх десять: 1) зір, 2) слух, 3) смак, 4) нюх, 5) тактильна чутлівість, 6) больова чутлівість, 7) відчуття холоду, 8) відчуття тепла, 9) кінестетичне відчуття, 10) вестибулярне відчуття. Всі органи відчуття мають рецепторні клітки, які перетворять дію подразників в нервові імпульси, перетворюють сигнали, які незрозумілі мозку, в сигнали, які йому зрозумілі. З цієї миті починається інформаційний потік по багатоканальним і багатоповерховим сенсорним системам до стовбурових, підкіркових і кіркових структур головного мозку. Кодування інформації в НС – це перетворення специфічної енергії стимул-реакцій (світла, звуку, тиску і таке ін.) в універсальні коди нейронної активності, на основі яких мозок здійснює весь процес обробки інформації [2]. Коди – це особливі форми організації імпульсної активності нейронів, які несуть інформацію про якісні і кількісні характеристики стимул-реакції, що діє на організм. Найбільш поширений двійковий код – наявність або відсутність імпульсу. Різні за формою «нейронні повідомлення» можуть містити однакову інформацію і, навпаки, однакові нейронні відповіді можуть бути пов'язані із сприйняттям і переробкою інформаційно різних сигналів. У слуховій сенсорній

системі, наприклад, механічні коливання перетинки і інших звукопровідних елементів на першому етапі перетворюються в рецепторний потенціал, який забезпечує виділення медіатора в синаптичну щілину і виникнення генераторного потенціалу, в результаті дії якого в аферентному волокні виникає нервовий імпульс. Потенціал дії досягає наступного нейрона, в синапсі якого електричний сигнал знову перетворюється на хімічний, тобто багато разів міняється код. Слід вказати, що на всіх рівнях сенсорних систем не відбувається відновлення стимул-реакції в його первинній формі.

Вміст інформації кодується частотою імпульсів (інтервалами часу між окремими імпульсами), об'єднанням їх в пачки, числом імпульсів в пачці, інтервалами в пачці. Передача сигналу від одного нейрона до іншого в усіх відділах аналізатора здійснюється за допомогою хімічного кодування, тобто за допомогою різних медіаторів. Для хронічної інформації в ЦНС кодування здійснюється за допомогою структурних змін в нейронах. Існує три основні групи кодів: 1) неімпульсні фактори, 2) імпульсні сигнали в одиночних нейронах, 3) ансамблева активність (або «кодування по ансамблю»).

У сенсорних системах кодуються не лише якісна і кількісна характеристики подразника (наприклад, світло, звук, їх інтенсивність), але і час його дії, місця дії (тобто простір дії, локалізація в довкіллі). Специфічні рецептори в периферичному відділі сенсорної системи сприймають зазвичай подразник певного вигляду (наприклад, нюхові рецептори, тактильні, зоровіє, слухові).

Кодування якості відбувається вже при першій зустрічі з подразниками, що впливають на відповідні рецептори. Це досягається виборчою чутливістю рецепторів до тих або інших подразників (наприклад, вухо чутливе до звуку, але не до світла, око – до світла, але не до звуку і так далі).

Сенсорні провідні шляхи мають топічну організацію (так звана «мічена лінія»). Таким чином, нейрони просторово впорядковані на різних рівнях сенсорних шляхів відповідно їх рецептивних полів.

Сигнальними ознаками можуть бути число імпульсів в пачці, тривалість пачок, інтервали між ними, періодичність їх дотримання. Просторово-часовий розподіл електричної активності нервових волокон називається патернами. Різноманітність якості стимул-реакцій відображується характерними «узорами» патернів. Нейрони розшифровують ці сигнали залежно від їх структури і формують відчуття. Кожен відтінок якості відчуттів виникає від роботи комплексу нейронів, які утворюють динамічні ансамблі (в залежності від характеру патернів, які приходять від рецепторів). Одні якості розпізнаються сенсорними системами за принципом топічної організації, а інші - кодуються патернами (наприклад, якість зорових образів відбувається міченими лініями (топічно), а смакові якості кодуються патернами.

Кодування інтенсивності стимул-реакції відбувається за допомогою зміни частоти вступу нервових імпульсів від рецепторів в ЦНС. Збільшення інтенсивності подразника кодується збільшенням частоти імпульсної активності. Сила подразника кодується так званим частотним кодуванням (із збільшенням стимул-реакції збільшується число імпульсів в рецепторах).

Просторове кодування. Здатність визначати місце або конфігурацію стимул-реакцій називається просторовим розрізненням. У зоровій і слуховій системах виділені аферентні канали, які пов'язані з обробкою інформації про локалізацію джерела роздратування, його переміщення і так далі. Простір кодується розміром площі, на якій збуджуються рецептори. Локалізація

подразника кодується тим, що рецептори посилають імпульси в певні зони кори головного мозку.

Тимчасове кодування. Частота нервових імпульсів – величина, яка змінюється в часі. Кодування інформації відбувається групою рівномірно наступних імпульсів. Використовується частота імпульсації або тривалість міжімпульсних інтервалів. Таким чином, вже на рівні рецепторів здійснюється первинне кодування стимул-реакцій. Надалі перетворена інформація поступає на наступні рівні нервової системи з подальшими змінами кодів (при передачі сигналу від одного нейрона до іншого). У нервових волокнах інформація не кодується, а лише передається. В корі головного мозку відбувається частотно-просторове кодування з просторовим розподілом ансамблів спеціалізованих нейронів і їх зв'язків з певними видами рецепторів. Нервові імпульси поступають від рецепторів в певні зони кори з різними тимчасовими інтервалами. Далі інформація перекодується в структурні і біохімічні зміни в нейронах кори і здійснюється вищий її аналіз і синтез. Таким чином відбувається розрізнення характеру подразника, його сили, часу, місця дії і так далі. Потім відбувається пізнавання предметів і явищ. Якщо інформація про предмети або явища поступає в мозок вперше, то формується його образ завдяки взаємодії декількох сенсорних систем з зрівнюванням з інформацією в слідах пам'яті про подібні предмети або явища.

Основна література

1. Вікіпедія.
2. Мирютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2001. – 400с.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ

СИНХРОНІЗАЦІЯ РОБОТИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

При вивченні неврології студенти та інтерни медичних університетів та інститутів отримують знання з роботи головного мозку, з топічної діагностики неврологічних захворювань. В той же час звичайно вони недостатньо ознайомлені з синхронізацією роботи головного мозку. У мозок людини надходить величезний потік інформації. Ця інформація обробляється та мозок видає рішення, керує рухами м'язів, роботою внутрішніх органів тощо. У відносно невеликому органі – мозку відбувається велика щоміті, щосекундна робота, часто різного напрямку. Як же мозок справляється із цією роботою? Очевидно, для її здійснення необхідна синхронізація у роботі окремих нейронів, нейронних ансамблів, нервових шляхів, півкуль.

«У нейробіології синхронізацією називають динамічний режим, який характеризується періодичною одночасною активацією певної популяції нейронів або синхронізацією між локальними коливаннями двох чи кількох популяцій нейронів. Синхронізована активність великих популяцій нейронів є основним механізмом утворення макроколивань або так званих ритмів мозку людини. Відомо, що ритми відіграють важливу роль у процесах передачі та обробки інформації в центральній нервовій системі (сон, пам'ять, увага, просторова навігація тощо). З іншого боку, надмірна локальна синхронізація в

деяких мережах має патологічні прояви, такі як тремор при хворобі Паркінсона, епілептичні напади» [1].

У біологічному контексті зручно розрізняти два види синхронізації [4]:

1) локальна синхронізація: синхронізація активності окремої популяції нейронів, що призводить до утворення макроколивань і може ставати помітною у сигналі ЕЕГ;

2) фазова синхронізація: синхронізація фази макроколивань між віддаленими ділянками мозку або групами нейронів.

Як зазначається у [1], «На ЕЕГ через низький просторовий дозвіл (зазвичай не більше 100 каналів) отриманий сигнал є результатом суперпозиції активності великих популяцій нейронів, а отже, є зручним методом для знаходження та дослідження синхронізованих колективних режимів у мережах головного мозку. Синхронізація досить великої популяції нейронів зазвичай виробляє глобальні коливання, які записуються електродами електроенцефалографа».

Синхронізована активність нейронів є основою генерації періодичних моторних команд для ритмічних рухів. Ритмічні команди, своєю чергою, виробляються групою пов'язаних нейронів, які формують мережу під назвою центральний генератор упорядкованої активності (ЦГУА). При активації такі нейронні мережі можуть генерувати складні ритмічні моторні команди, навіть за відсутності сигналів зворотного зв'язку, які несуть інформацію про конкретні часові інтервали [2]. Фазова синхронізація коливань між різними зонами мозку має значення для пам'яті [4]. Фазова синхронізація може сприяти посиленню синаптичної пластичності. У роботі короткочасної пам'яті фазова синхронізація спостерігається між префронтальною корою та скроневою долею мозку (на частоті θ-ритму) під час читання, запису та утримання короткострокових спогадів, а також між фронтальними та парієтальними зонами кори (на γ та β-частотах) під час утримання спогадів. Запис та читання візуальних об'єктів із декларативної пам'яті (тип довготривалої пам'яті) супроводжується фазовою синхронізацією коливань між передніми та задніми зонами мозку на θ, γ, ε та β-частотах. Інші види синхронізації також беруть участь у презентації об'єктів у пам'яті [4]. Результати експериментів з одночасним записом електричної активності в гіпокампі та мигдалині свідчать про посилення синхронізації на θ-частотах між цими ділянками після формації та під час дії умовного рефлексу страху [5].

Увага посилює активність нейронів, які представляють об'єкт уваги чи певну характеристику (колір, орієнтація). Наприклад, нейрони зорової кори, рецептивне поле яких містить об'єкт уваги, сильніше синхронізовані з локальним потенціалом (на γ-частоті), ніж нейрони, які реагують на інші об'єкти поза увагою [3]. Слід зазначити, що в нормальній діяльності мозку грає роль не тільки синхронізація у роботі нейронів, але важливим є й певний баланс синхронізації і десинхронізації. Надмірна або недостатня синхронізація може бути причиною деяких захворювань нервової системи [1].

Основна література

1.Вікіпедія.

2. Dimitrijevic M.R., Gerasimenko Y., Pinter M.M. Evidence for a spinal central pattern generator in humans// Ann NY Acad Sci: journal. – 1998. – Vol. 860/ - P. 360 – 376.

3. Fries P. Modulation of Oscillatory Neuronal Synchronization by Selective Visual Attention// Science: journal. – 2001. – Vol. 291, no. 5508. – P.1560 – 1563

4. Juergen Fell & Nikolai Axmacher. The role of phase synchronization in memory processes // Nature revievs. Neuroscience: journal. – 2011. - February (vol. 12, no 2). – P. 105 – 118.
5. Thomas Seidenbecher, T. Rao Laxmi, Oliver Stork & Hans-Christian Pape. Amygdalar and hippocampal theta rhythm synchronization during fear memory retrieval// Science: journal. – 2003. – August.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ

ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ І МОЗОК

Студенти та інтерни медичних університетів та інститутів – майбутні лікарі повинні мати уявлення, як формуються головним мозоком ті, чи інші рішення. У нашому житті ми постійно приймаємо якісь рішення: вийти погуляти або зайнятися невідкладною роботою, подзвонити по телефону другу або дочекатися його дзвінка, узяти авторучку і написати лист або не писати його, встати або лягти і так далі. Ми навіть не помічаємо, що все наше життя, вся наша діяльність (або неробство) зв'язані з рішеннями, що нескінченно приймаються. Деякі з них дуже прості (наприклад, підняти руку і взяти олівець або не робити цього), інші – надзвичайно складні (зробити пропозицію дівчині або не робити, влаштуватися на нову роботу або залишитися на колишньому місці роботи і так далі). Над простими рішеннями ми майже не замислюємося або вони вислизають з поля нашої уваги. Над складними – думаємо довго. Рішення (як прості, так і складні) приймає наш мозок. Як же він робить це?

Перш, ніж відповісти (у міру наших можливостей) на питання, що цікавить нас, коротко зупинимося на так званій «Теорії прийняття рішень». Теорії прийняття рішень – область дослідження, що залучає поняття і методи математики, статистики, економіки, менеджменту і психології з метою здобуття закономірностей вибору людьми шляхів вирішення проблем і завдань, а також способів досягнення бажаного результату. Розрізняють нормативну теорію, яка описує раціональний процес ухвалення рішення і дескриптивну теорію, що описує практику ухвалення рішення.

Раціональний процес вирішення проблем і завдань включає наступні етапи, при необхідності, виконувані одночасно, паралельно, з поверненням до виконання попередніх етапів:

1) ситуаційний аналіз (аналіз проблемної ситуації);
2) ідентифікація проблеми і постановка мети;
3) пошук необхідної інформації;
4) формування безлічі можливих рішень;
5) формування критеріїв оцінки рішень;
6) розробка індикаторів і критеріїв для моніторингу реалізації рішень;
7) проведення оцінки рішень;
8) вибір найкращого рішення;
9) планування;
10) реалізація;
11) моніторинг реалізації;
12) оцінка результату.

При цьому виконання процесу і етапів здійснюється раціонально обгрунтованим способом (Вікіпедія).

У витоків Теорії прийняття рішень стояли Блез Паскаль (1670р.), Данило Бернуллі (1738р.), Абрам Вальд (1939р.), Е.Л. Леман (1950), Франк Рамсей, Бруно де Фінетті і ін. Надалі Даніель Канеман і Амос Тверські запропонували теорію перспектив, яка поміщає поведінкову економіку на міцнішу основу свідоцтв. Ця теорія вказала, що у фактичному людському ухваленні рішень «втрати чутливіше виграшів». Крім того, люди більш зосереджені на «змінах» корисності своїх станів, чим на корисності самих станів, а оцінка відповідної суб'єктивної вірогідності помітно зміщена відносно властивої кожному «точки відліку» (Вікіпедія).

Ми не заглиблюватимемося в математичні аспекти вказаних теорій. Проте проаналізувавши приведені 12 пунктів, необхідних етапів для вирішення проблем і завдань, слід зазначити, що і в звичайному, повсякденному житті для вирішення питань, що з'явилися перед нами, ми в значній мірі спираємося на вказаних 12 етапів (особливо при вирішенні складних питань, проблем і задач).

Тепер повернемося до того, як людський мозок виконує ці дії, як відбувається прийняття ним рішень? При прийнятті рішення перед людиною виникають певні чинники, які він повинен враховувати, щоб на щось зважитися:

1) що ми хочемо?;

2) що ми знаємо про шляхи задоволення потреби (або потреб)?;

3) що ми знаємо про навколішній світ?

Розглядаючи ці чинники, ми, звичайно, говоримо, перш за все, про вирішення складних проблем, але і при вирішенні простих проблем ми також їх враховуємо. Наприклад, чим краще написати лист – авторучкою або олівцем? По-перше, чи хочемо ми, щоб лист був написаний, щоб лист довше зберігся, щоб букви яскравіше були написані чи ні? У першому випадку (якщо ми вже вирішили написати лист) ми оберемо написання листа чорнилом, в другому - олівцем (написаний лист олівцем, як відомо, зберігається менше часу і букви будуть менш яскравими). По-друге, як задовольнити наше бажання? – чи є у нас олівець або авторучка, як легко їх розшукати, чи є у нас папір? По-третє, звичайно, для вирішення питання, як і де написати лист, на простому папері або на гербовому, мабуть, знання про навколішній світ особливого значення немає. Але якщо ми пишемо лист другу в іншу країну, на інший континент, ми повинні врахувати, як лист поштою йтиме до місця призначення, скільки часу він йтиме і так далі Таким чином, блок ухвалення рішень нашого мозку повинен врахувати всі ці чинники (особливо при вирішенні складних завдань або проблем, які перед нами виникають). Слід вказати, що головний мозок «любить» звичні, стереотипні програми. Ми живемо в світі наших потреб. Якщо ми задовольнимо необхідну нам потребу (особливо в звичному руслі у стереотипній для нас програмі), виникає потік позитивних емоцій – збільшується в мозку кількість дофаміна, ендорфінів, що веде до зміни, модифікації відповідних синапсів, більше виділяється нейромедіаторів і в результаті виникає «звична колія» проходження відповідних імпульсів. Необхідно вказати, що дофамін більше діє при позитивних, радісних подіях. При прояві, наприклад, батьківської любові більше значення мають окситоцин, вазопресин. То, чим більше зайнята людина в повсякденному житті, ті потреби, які вона більше задовольняє, то і створює настрій його головного мозку. Кожна потреба посилає в головний мозок сигнали про своє незадоволення, а лобова кора вибирає, яку потребу

необхідно задовольнити в першу чергу. У корі головного мозку утворюється та або інша домінанта. Цих домінант багато, а лобова доля вибирає з багатьох домінант ту, яка їй здається найбільш значимою домінантою для даної людини зараз. Далі лобова кора визначає, якими дорогами слід вирішити проблему, яка виникла. Лобова кора визначає, що ми знаємо про навколишній світ для реалізації тієї або іншої потреби (через сенсорні відчуття). Потім лобова кора зіставляє ці знання з тими минулими, звичними знаннями про навколишній нас світ для вирішення цієї проблеми, визначає, на скільки буде успішним прийняте рішення для виконання цієї проблеми.

Щоб зібрати інформацію про навколишній світ чоловік створює в своєму мозку слухове узагальнення, зорове узагальнення, згодом виникає мовне узагальнення – наприклад, узагальнення слів нижчого рівня до вищих рівнів. По суті справи відбувається узагальнений розумовий синтез отриманої інформації з подальшим його розумовим аналізом і прийняттям остаточного рішення.

Як же відбувається збір інформації про потреби? Слід зазначити, що мигдалина головного мозку отримує сигнали від багатьох центрів потреб і посилає ці сигнали в премоторную асоціативну кору. Лобова ж кора вибирає найбільш важливу, як вона вважає, для даної людини потребу. Слід зазначити, що дорога «мигдалина – лобова асоціативна кора» є короткою програмою. Поясна звивина ж допомагає оцінити успіх або невдачу довгій по термінах програмі з подальшим відправленням сигналу в лобову асоціативну кору. Якщо проблема, яку треба вирішити, не складна, не треба замислюватися, то включаються емоції і проблема легко вирішується. Якщо проблема складна, треба задуматися, то більшою мірою активізується префронтальная область. Тим самим якість вирішення проблеми, подальша поведінка людини виявляється на більш високому рівні.

Виникає ще одне питання: хто ж керує всіма цими програмами, хто вибирає, що буде активоване первинно, а що вторинно і т.д? Звертає на себе увагу теорія хаосу, що з'явилася в кінці XX століття, заснована на принципах фрактальної геометрії (В.Ю.Тіхоплав, Т.С.Тіхоплав, 2003; В.В.Еськов, 2017). Ми вважаємо, що таким керівним механізмом, що запускає ухвалення рішення мозком і контролюючим виконання цього рішення, можна розглядати фрактальну геометрію Бенуа Мандельброта (із заснованою на ній теорією хаосу).

Основна література

1. Вікіпедія.
2. Еськов В.В. Хаос и самоорганизация в работе нейросетей мозга. Вестник новых медицинских технологий (электронный журнал), 2017, №1, с. 61 – 64.
3. Тихоплав В.Ю., Тихоплав Т.С. Гармония Хаоса, или Фрактальная реальность. - СПб.: ИД «ВЕСЬ», 2003. – 352 с., ил. – (На пороге Тонкого Мира).

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ

МЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ

Ми обмежені нашими знаннями, придбаним власним життєвим досвідом, упередженнями, поняттями, узагальненнями, уявленнями про

навколишній світ, уявленнями про власні дії і їх наслідки. Все це є основою для «ментальних моделей», які ми використовуємо щодня, щогодини, щомиті, але, можливо, не завжди усвідомлюємо це. Майбутній лікар повинен мати уявлення про ментальні моделі, з якими люди зустрічаються у житті.

Згідно [1], ментальна модель – це пояснення того, як людина думає про те, як щось працює в реальному світі. Це уявлення про навколишній світ, взаємини між його частинами і інтуітивне сприйняття людиною своїх дій та їх наслідків. Ментальні моделі можуть допомогти сформувати поведінку і встановити підхід до рішення проблем (аналогічно особистому алгоритму) і виконанню завдань. Ментальна модель – це свого роду внутрішній символ або представлення зовнішньої реальності, яка, як передбачається, грає важливу роль в пізнанні, міркуванні і ухваленні рішень.

[3] визначив загальні ментальні моделі як «образ світу довкола нас, який ми носимо в своїй голові, - це всього лише модель. Ніхто в його голові не уявляє собі весь світ, всі уряди або всі країни. Кожна людина має розуміння лише деяких понять і стосунків між ними і використовує їх, щоб представити реальну систему» [3] .

У [1] приведено ще одне визначення ментальних моделей. Ментальні моделі, - засновані на попередньому досвіді ідеї, стратегії, способи розуміння, що існують в думці людини і направляючи його дії. Ментальні моделі використовуються для пояснення причин і наслідків, а також додання сенсу життєвому досвіду. Ментальні моделі є природними і властиві кожній людині, незалежно від того, усвідомлює він це чи ні. Ментальні моделі не є незмінними [2].

Вперше термін «ментальні моделі» використовував шотландський психолог Кенет Крейк в роботі «Природа пояснення» (1943г.), який передбачив, що мозок створює «моделі дійсності в зменшеному масштабі» і використовує їх, щоб передбачати грядущі події. В той же час, Жорж-Анрі Люке ще в 1927 році в книзі «Дитячий малюнок» писав, що діти створюють «внутрішні моделі».

Ментальні моделі формуються і підтримуються за допомогою 4-х основних інструментів:

1) викреслювання – відбір певної інформації зі всієї потенційно доступною на підставі інтересів, настрою, заклопотаності і пильності;

2) конструювання – здатність бачити те, чого немає, здатність в ситуації неясності знаходити правдоподібні пояснення, приймаючи їх згодом за реальність;

3) спотворення – зміна пережитого в реальності із зменшенням одних деталей і перебільшенням інших;

4) узагальнення – створення ментальних моделей на підставі одиночного досвіду, який ми схильні сприймати як типове явище [2].

Як відмічено у [1], ментальні моделі можуть, як сприяти розвитку і навчанню, так і перешкоджати йому. Про наявність обмежуючих ментальних моделей говорить наступне:

1) схильність наполягати на тому, що ваші ідеї абсолютно відповідають дійсності;

2) обмежений круг інтересів, що перешкоджає здобуттю нового досвіду;

3) прагнення уникати якої-небудь невизначеності і якнайскоріше зробити висновки;

4) постійне упевнене використання таких слів, як «повинен», «не повинен», «необхідно», «недопустимо»;

5) активне використання узагальнювальних понять («все», «кожен», «ніхто», «ніколи»);

6) звичка узагальнювати, грунтуючись на одиничному випадку;

7) схильність винити в проблемі людей, у тому числі і себе;

8) відсутність допитливості;

9) отриманий досвід не приводить до того, що передивляються існуючі переконання [1].

Наше мислення може залежити від існування ментальних моделей. З цієї точки зору ментальні моделі можуть бути побудовані на основі сприйняття, уява або розуміння дискурсу [5]. Філіпп Джонсон – Лейрд і Рут М.Ж. Бірн (1991) навіть розробили теорію ментальних моделей, в якій робиться припущення, що мислення залежить не від логічної форми, а від ментальних моделей.

Ментальні моделі засновані на невеликому наборі фундаментальних припущень (аксіом), які відрізняються від інших пропонуємих в психології мислення (Ф.Д. Лейрд і Рут М.Ж. Бірн, 2009). Кожна з ментальних моделей є певною можливістю. Ментальна модель, як правило:

1) заснована на необчислюваних, спростованих, невиразних або неповних фактах;

2) гнучка – може істотно змінюватися як в позитивному, так і в негативному сенсах;

3) є інформаційним фільтром – викликає виборче сприйняття або сприйняття лише окремих частин інформації;

4) дуже обмежена, порівняно до складності світу;

5) залежна від джерел інформації.

Ментальні моделі науково-популярною мовою були описані як «глибоко вкорінені образи мислення і дії». [1]. Принципи ментальних моделей [1] наступні:

1) кожна ментальна модель є можливістю. Ментальна модель представляє одну можливість, фіксуючи те, що є загальним для всіх різних способів, якими ця можливість може виникнути (Ф. Джонсон – Лейрд і Рут М.Ж. Бірн (2009);

2) ментальні моделі є знаковими, тобто кожна частина моделі відповідає частині того, що вона представляє [6];

3) ментальні моделі засновані на принципах істини, вони зазвичай представляють лише ті ситуації, які можливі, і кожна модель можливості представляє лише те, що істинно в цій можливості відповідно до пропозиції;

4) ментальні моделі можуть представляти те, що помилково, тимчасово передбачуване як достеменне, наприклад, в разі контрфактичних умовних виразів і контрфактичного мислення [4].

Основна література

1. Вікіпедія.
2. Джозеф О'Коннор, Иан Макдермотт. Искусство системного мышления: необходимые знания о системах и творческом подходе к решению проблем. – М.:Альпина Паблишер. 2014. – 256с.
3. Форрестер Дж. У. Контринтуитивное поведение социальных систем. Обзор технологий, 1971.
4. Byrne R.M.J. The Rational imagination: How People Create Counterfactual Alternatives to Reality. Cambringe MA: MJT Press. 2005.

5. Jonson – Laird P. N. Mental Models: Towards a cognitive Sience of Language, inference, and Consciosness. Cambringe: Cambringe University Press. – 1983.
6. Jonson – Laird P. N. How We Reason. Oxford University Press, 2006.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ
Карабаев Д.Т., Конс.-діагн. центр Дніпр. району, м. Київ

ІНФОРМАЦІЯ І МОЗОК

Ми живемо в світі інформації, постійно отримаємо її від зовнішньої середи і нашого організму, спрямовуємо її в зовнішній світ. Виникає питання – як наш мозок засвоює інформацію, як переробляє її і створює логічні висновки, думки. Це питання може мати значення для формування майбутнього лікаря.

Інформацію можна вважати природною реальністю, що несе в собі характерні ознаки предметів та явищ природи, які проявляються у просторі і часі [6]. Інформація має властивості достовірності, актуальності. Як відмічається у [3], фізичні властивості інформації: 1) здатність ідентифікації властивостей предметів і явищ; 2) зв'язок з енергією (інформація створюється різницею енергетичних потенціалів, закріплених пам'яттю); 3) нематеріальність інформації (інформація не має двох головних властивостей матеріальних об'єктів – заряду і маси. Вона не є матерією, але формує матеріальні сутності об'єктивної реальності: предмети і явища природи). Інформація має часові властивості (визначають здатність даних передавати динаміку зміни ситуації). Крім того, виділяють актуальність, оперативність, ідентичність, новизну, об'єктивність, повноту, достовірність, адекватність, емоційність інформації. Іншими властивостями інформації є суспільна природа, мовна природа, невідривність від мови носія. Інформація дискретна. За способом сприйняття інформація (для живого організму) може бути зоровою, слуховою, тактильною, нюховою, смаковою. За формою подання вона підрозділяється на текстову, числову, графічну, звукову, за призначенням – на масову, спеціальну, особисту, соціальну, статичну. За способом кодування інформація може бути символічною, графічною, текстовою. По області виникнення вона може бути біологічною, механічною, соціальною. Інформаційні потреби є одним з різновидів нематеріальних потреб людини. Інформація – це атрибут матерії, пов'язаний з різноманітністю її властивостей. Головною характеристикою інформації є її новизна.

Як вказують [12], матеріалізм говорить про єдність світу з його матеріальності, тобто з нього самого, не апеліруя ні до яких-небудь зовнішніх впливів. Ці автори пишуть про існування в просторі і в часі універсального поля, який вони іменують інформаційним полем (інформаційно-логічним полем), а матеріальні об'єкти дані нам в інформації. Оскільки в загальному випадку відображення не повністю адекватно відображеному об'єкту, треба говорити про інформацію для нас, як результат відображення та про інформацію в себе, як атрибут самої матерії.

27 вересня 2010 року група японських авторів під керівництвом Сояті Тоябе з Університету Чуо в Токіо опублікувала результати експерименту, який доводив можливість перетворення інформації в енергію (на основі принципу теоретичної машини Лео Сціларда, який в 1929 році описав так звану машину Сціларда, в якій гіпотетична розумна істота – демон Максвелла – качає

енергію з ізотермічної середи і перетворює її в роботу). За думкою фізиків, демон Максвелла не порушує другий початок термодинаміки і, таким чином, машина Сціларда в принципі може бути реально створена. Таким чином, японські дослідники зробили перший двигун, який зміг перетворювати (конвертувати) інформацію в енергію. Сама інформація (I) є засобом передачі енергії (E): I→E.

Таким чином, можна зробити висновок, що інформація через конвертацію у енергію впливає на матеріальний субстрат (нейрони). і енергетична складова процесу також має відповідне забарвлення.

Слід відмітити, що за думкою [7], «… в мозку виникає етапна зміна носіїв інформації: від електричних струмів до хімічного переноснику, знову до електричного струму і хімічних переносників, і так до безмежності. В найбільш простому випадку ланцюжок переносу інформації виглядає наступним чином: електронні струми на внутрішній поверхні мітохондріальної мембрани – потоки креатинфосфата – іонні потоки на нейтрональній мембрані – іонні потоки рецепторних мембран – первинні і вторинні внутрішньонейрональні мессенджери – електронні потоки мітохондріальних мембран - потоки креатинфосфата і т.і. Дана система переносу інформації є множительною і робить психічні процеси більш стійкими до зовнішніх перешкод». На думку вказаного автора «основними нейромедіаторами, які забезпечують «кольоровість» мислення, є дофамін (основа системи пізнання), норадреналін (досліджувана система) та серотонін (творчі здібності)… Здатність нейронів кори великих півкуль присвоювати після обробки інформації бінарному коду кольорові значення є основою мислення, а здатність оперувати уявною величиною – основою свідомості». Слід відмітити, що більшість синапсів в нервовій системі людей і тварин хімічні [8] . Процес переносу сигналів в хімічному синапсі здійснюється шляхом звільнення нейромедіаторів з пресинаптичних нервових закінчень. До нейромедіаторів відносяться моноаміни, пурінові нуклеотиди, пептиди. В індивідуальному нейроні синтезуються, як правило, кілька нейромедіаторів різної хімічної природи. Окрім нейромедіаторів, існують нейромодулятори, які регулюють рівень синаптичної передачі. Слід також вказати на велике значення переносу нервових імпульсів іонами Na, K, Ca, інших речовин. Вказані біохімічні речовини в різній мірі приймають участь в процесах мислення . Слід відмітити, що за думкою [6] «психічна функція виникає на основі синтезу трьох видів інформації : що виходить із зовнішнього середовища (сенсорної), витягнутої з пам'яті і яка надходить з центрів мотивації. Перша визначає зв'язок свідомості із зовнішнім світом, друга зв'язує сьогодення і минуле, включаючи особистий досвід суб'єкта, і забезпечує континуум свідомості. Третя зв'язує реальну інтуїцію із задоволенням певної потреби, що надає свідомості життєвий сенс і лежить в основі розуміння, якого немає у комп'ютера… нервовий зв'язок утворюється на основі узгодження ритмів роботи нейронних ансамблів, розташованих в різних відділах кори, що нагадує явища резонансу… показником зв'язку є синхронізація ритмів ЕЕГ, включаючи і окремі складові її спектру... В результаті досліджень було встановлено, що симетричний в стані спокою малюнок зв'язків при рішенні задачі змінюється: зв'язки починають сходитися до певних полів кори, які були позначені як фокуси взаємодії. При цьому їх топографія розрізняється залежно від виду розумової діяльності. Так, при образному мисленні… фокуси локалізувалися в тім'яно-скроневій корі. При абстрактно-вербальному рішенні… вони розташовуються в лобній корі. При

просторовому мисленні, що включає елементи як образного, так і абстрактного мислення, зв'язки сходилися до тім'яної і лобної кори. Було встановлено також, що інформація поступає до фокусів з різних відділів кори, що мають свою спеціалізацію, по зв'язках, які підтримуються на різних частотах. У синтезі важливу роль грає певна мотиваційна складова, так само як і при виникненні відчуттів. У фокусі, нейронні групи якого сполучені жорсткими зв'язками, відбувається синтез відомостей, що поступають, внаслідок чого, ймовірно, і приймається рішення. У цих роботах ідея інформаційного синтезу була поширена і на мислення, оскільки виявилось, що принцип організації нервових процесів при відчутті і мисленні до певної міри схожий. Відмінність полягає в тому, що в першому випадку відбувається зіставлення двох потоків інформації, а в другому - декількох. Крім того, центри синтезу при мисленні знаходяться не в проекційній, як при виникненні відчуттів, а в асоціативній корі».

Як вважається сучасними авторами, при обробці інформації (створення інформаційного електронного ландшафту) мозок оперує не лише фізичними величинами (1 та 0), але і уявною величиною (√- 1), тобто обробка інформації є імовірнісною. В свій час видатний математик Джон фон Нейман розрахував, що в середньому за період життя головний мозок середньої людини накопичує . 2,8х10 біт інформації, яка зберігається багато років. Важко допустити, щоб така велика кількість інформації зберігалася в якій-небудь одній області головного мозку, наприклад, в області гіппокампу. У 80-і роки XX століття Дж. Хопфільд запропонував новий математичний напрям, розроблений в теорії спинових стекол. У цьому аспекті можна думати, що система, аналогічна спиновому склу, може робити обчислення і зберігати інформацію. Допускається, що мозок - це аморфна середа (скло), що має свободу і динаміку спинових структур. Торсійне поле через стан спинової підсистеми деяких складових самого нейрона може впливати на стан нейрона і тим самим чинити дію на процеси асоціативної пам'яті, образного мислення людини або рефлекторну діяльність тварин [1].

Представляє інтерес думка [7] , який вказує на роль води (у вигляді ассоціатів типа тетраедрів) в передачі інформації в нервовій системі. Слід вважати, що передача в нейрони головного мозку починається із збудження рецепторів, а далі інформація прямує по нервовим шляхам до нейронів у просторі А. Ейнштейна - Г. Мінковського, тобто в реальному для нас континуумі – «простір – час» у вигляді низькочастотного електромагнітного імпульсу до інших нейронів, конкретних нейронних ансамблів зі швидкістю від 0,1 м/с до 100 м/с. Далі інформація за допомогою поляризації води проникає в нейрони – нейронні ансамблі. Тут, вірогідно, і виникає перехід з «простору – часу» А. Ейнштейна - Г. Мінковського в «простір – енергія» Козирева Н.А. Далі, після нейронів – нейронних ансамблів, де відбувається обробка інформації, приймається рішення і надається на виході результативний сигнал, який подається по нейронним шляхам (знову в просторі А. Ейнштейна - Г. Мінковського) до виконавчого органу [9 - 11].

Виникає питання, як мозок, постійно отримуючи велику кількість різноманітної інформації, миттєво сортирує її, класифікує, обробляє, виділяє основну суть і відкидає другорядне, як миттєво формується думка, зрівнюються маси поступаючої інформації з мислеобразами, які вже існували в пам’яті? Хто керує цим процесом? Можна думати, що процес багатоповерхневого, багатонаправленого, багатовекторного механізму

одночасної роботи різних відділів та систем головного мозку керується за принципами фрактальної геометрії (теорія хаосу Бенуа Мандельброта). Теорія хаосу Бенуа Мандельброта дозволяє пояснити, як з дуже великого, ніби-то хаотичного нагромадження електричних імпульсів, хімічних і біохімічних сполук, нервів, нервових клітин, нейронних ансамблів і т.і. виникає цілеспрямована думка або дія, рух, тобто як з хаосу виникає порядок, логічна послідовність життєдіяльності людини. За думкою [4] «хаос представляє собою більш високу форму порядку, де випадковість та безсистемні імпульси становляться організуючим принципом швидше, ніж більш традиційні причино-наслідкові відношення в теоріях Ньютона та Євкліда» [9].

Основна література

1. Акимов А.Е., Бинги В.Н. О физике и психофизике. М.: МНТЦ ВЕНТ, 1992. 30с.
2. Акимов А.Е., Бинги В.Н. О физике и психофизике // Сознание и физический мир. Вып. 1. М.: Агентство «Яхтсмен», 1995. С. 105 – 125.
3. Вікіпедія
4. Вильямс Б. Торговый хаос. Экспертные методики максимизации прибыли. – М.: ИК «Аналитика», 2000.
5. Иваницкий А.М. Сознание и мозг Ж. «В мире науки», 2005, №11.
6. Мельник Л.Г. Фундаментальные основы развития. Сумы.: Университетская книга, 2003.
7. Павленко А.Р. Компьютер, мобильный… и здоровье? Решение проблемы. – 5-е изд., перераб. И дополн. – К.: Основа, 2007 – 240 с.
8. Скоромец Т.А., Скоромец А.А. Топтческая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. – 2-изд. – СПб.: Политехника, 1996 – 320с.: ил.
9. Теленгатор А.Я. Общая теория мышления. Ж.»Новости медицины и формации», №646, 2018, с. 74 – 76.
10. Теленгатор А.Я. Общая теория мышления (часть 2). Ж.»Новости медицины и формации», №681, 2019, с. 47 – 51.
11. Теленгатор А.Я. Общая теория мышления (часть 3). Ж.»Новости медицины и формации», №681, 2019, с. 52 – 55.
12. Чернышов В.Н. Теория систем и системный анализ: учеб. пособие/ В.Н.Чернышов, А.В. Чернышов. – Тамбов: Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та, 2008. – 96с.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ
Карабаєв Д.Т., Конс.-діагн. центр Дніпр. району, м. Київ

ІНТЕГРАТИВНІ МЕХАНІЗМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Студенти та інтерни після закінчення медичного інституту або університету, практикуючі лікарі, особливо ті, які займаються діагностикою і лікуванням хворих із захворюваннями нервової системи, володіють певними знаннями, що стосуються топічної діагностики. Вони знають, що таке пірамідний шлях, чутливі, мозочкові шляхи, анатомію і фізіологію черепних нервів і таке ін. Проте в медичних інститутах і університетах відносно мало приділяється уваги інтегративним механізмам головного мозку. В той же час, діяльність величезної кількості нейронів, їх зв'язків, провідних шляхів, що йдуть у різних напрямах, долей головного мозку, правої і лівої півкуль повинна якось об'єднуватися, інтегруватися для того, щоб нервова система працювала злагоджено, цілісно, чітко, правильно і своєчасно реагувала би на зовнішній світ і внутрішнє середовище організму.

Згідно з сучасними уявленнями [1] до регулюючих утворень головного мозку відносять ретикулярну формацію, аміноспецифічні нейрони стовбура, лімбічну систему. У структурі стовбура головного мозку виділяють мережу

нейронів, що відносяться до ретикулярної формації. Функціонально до них також належить ряд ядерних утворень таламуса (таламічний відділ ретикулярній формації). Ядра ретикулярної формації стовбура мозку беруть участь в забезпеченні регуляції рухів, серцевосудинної і дихальной систем, розумової діяльності. Ретикулярна формація виконує інтегруючі функції унаслідок неспецифічних дій і не сприяє виникненню яких-небудь певних відчуттів. Сама ретикулярна формація за допомогою колатералів отримує збуджуючі сигнали як від низхідних і висхідних шляхів, так і від найважливіших органів почуття (наприклад, зору, слуху, нюху). Розрізняють низхідні і висхідні впливи ретикулярної формації. Низхідний її вплив діє на функцію утворень спиного мозку (ці впливи реалізуються за допомогою різних збуджуючих і гальмуючих інтернейронів, а також в результаті безпосередніх контактів низхідних аксонів з мотонейронами, преганглионарними вегетативними нейронами, з гальмуючими клітками Реншоу). Висхідний вплив полягає в дії верхніх відділів ретикулярної формації стовбура і таламуса на інші утворення центральної нервової системи, що підтримує певний рівень активності нейронів кори, сприяє формуванню загальної активності, неспання, уваги. Ретикулярна формація стовбура мозку робить постійний, дифузний активуючий вплив на всі відділи кори. Ретикулярна формація таламуса сприяє додатковій активації тих її відділів, які в даний момент безпосередньо обробляють інформацію, що поступила. Активація ретикулярної формації відбувається значною мірою за рахунок колатералей від всіх шляхів, що проходять через відповідні відділи мозку.

Нейрони, медіаторами яких є моноаміни (серотонін, дофамін), також беруть участь в об'єднанні різних структур мозку в єдине функціональне утворення. Їх значення найяскравіше виявляється при зміні фаз « неспання – сон», в організації складних поведінкових реакцій організму. Тіла цих нейронів розташовуються переважно в структурах стовбура, а відростки проникають майже у всі відділи центральної нервової системи.

Тіла серотонінергичних нейронів розташовуються по середній лінії стовбура мозку, від довгастого мозку до нижніх відділів середнього мозку. Відростки цих нейронів поступають практично до всіх відділів проміжного, переднього мозку, виявлені вони також в мозочку, в спиному мозку. Серотонінергична система бере участь у формуванні пам'яті, регуляції сну і неспання, руховій активності, сексуальній поведінці, вираженості агресивного стану, терморегуляції, больовій рецепції.

Тіла норадренергічних нейронів розміщені окремими групами в довгастому мозку і в мосту, особливо їх багато в блакитній плямі. Блакитна пляма пов'язана з різними структурами середнього мозку, таламуса, з мигдалинами, гіпокампом, поясною звивиною. Збудження норадренергічних структур супроводжується гальмуванням активності різних нейронів, у тому числі і серотонінергичних, пригнобленням або навпаки, полегшенням передачі аферентній інформації на різних рівнях центральної нервової системи. Крім того, ці структури беруть участь в регуляції стану «сон – неспання», діють на швидкість навчання, на пам'ять.

Тіла дофамінергичної системи лежать у вентральних відділах середнього мозку, особливо їх багато в чорній субстанції. Відростки їх поступають як в рухові ядра стріапалідарної системи, так і в лімбічну систему, гіпоталамус, лобові долі кори. Ця система бере участь в регуляції рухів, формуванні відчуттів болю, позитивних і негативних емоцій. Крім того, в роботі

головного мозку беруть участь і інші біохімічні з'єднання. Так, наприклад, ацетілхолінергічні нейрони широко поширені в центральній нервовій системі. Як медіатори в ній виділені також глутамінова кислота, аспарагінова кислота, ГАМК, гліцин, речовина Р, вазопресин, окситоцин, гістидин, АТФ [3].

Лімбічна система координує емоційні, мотиваційні, вегетативні і ендокринні процеси, інтегрує емоції і пам'ять, запускає харчову поведінку, викликає відчуття небезпеки. Найважливішою функцією цієї системи є взаємодія з механізмами пам'яті, зв'язок з придбаними навиками, накопиченими знаннями. Вона управляє моторикою внутрішніх органів, руховою активністю для вираження емоцій, гормональною стимуляцією організму [3].

Окрім вказаних систем вищий рівень інтеграції не може бути здійснений без участі системи зберігання інформації. Тому механізм пам'яті – один з найважливіших компонентів цієї діяльності. В механізмах пам'яті істотне значення мають як функція фіксації інформації (запам'ятовування) і функція отримання необхідних відомостей (спогад), так і функція переміщення потоків інформації з блоків оперативної пам'яті в блоки довготривалої пам'яті і навпаки. Ця динамічність дозволяє пізнати нове[4]. Крім того, інтегруючими рівнями кіркової діяльності є перша і друга сигнальні системи. [4] також вказують, що по горизонтальній площині в корі виділяють третині зони або зони перекриття кіркових представництв окремих аналізаторів, які в головному мозку людини займають вельми значне місце і розташовані, перш за все, у скронево-тім'яно-потілічній і лобовій зонах. Третині зони вступають в великі зв'язки з кірковими аналізаторами і забезпечують вироблення складних інтеграційних реакцій, серед яких у людини перше місце займають осмислені дії (операції планування і контролю), що вимагають комплексної участі різних відділів мозку. Слід вказати, що в головному мозку є асоціативні волокна, які зв'язують між собою різні долі і ділянки кори в межах кожної півкулі. Ці волокна мають різні напрями і протяжність. Вони можуть бути короткими, зв'язуючи, наприклад, сусідні звивини. Довгі шляхи встановлюють взаємозв'язиу з віддаленішими територіями своєї півкулі. До них відносяться, наприклад, fasciculus longitudinalis superior, inferior, uncinatus і ін. Комісуральні волокна є різновидом асоціативних. Вони зв'язують кору не в межах однієї півкулі, а обидві півкулі одну з другою. Напрям волокон переважно фронтальний. Найбільш потужним і важливим з комісуральних пучків є corpus callosum (мозолисте тіло). Окрім того, комісуральниі волокна проходят в comissura anterior (передня біла спайка) і posterior [6]. Мабуть, що вказані системи, морфологічні утворення організовують роботу як усередині правої і лівої півкуль, так і роботу всього мозку в цілому. Проте не зовсім ясно, як така велика кількість інтегруючих утворень і систем в головному мозку, велика кількість різних біохімічних речовин створюють єдину цілісну роботу головного мозку.

Що об'єднує, регулює всі ці окремі інтегруючі системи, морфологічні утворення, біохімічні з'єднання? Можна думати, що формування цілісної роботи всього головного мозку відбувається за типом ланцюгової естафетної реакції, коли одне внутрішньомозкове утворення, система включає в роботу інші, одна біохімічна (електробіохімічна) реакція включає в роботу іншу. Ймовірно, все це засновано на принципах фрактальної геометрії (теорія хаосу Бенуа Мандельброта) [5]. На думку [2] «хаос є вищою формою порядку, де випадковість і безсистемні імпульси стають організуючим принципом швидше,

ніж більш традиційні причинно-наслідкові стосунки в теоріях Ньютона і Евкліда». Наприклад, наявність лівої і правої півкуль головного мозку, які виконують різні функції, де виявляється лінійна (ліва півкуля) і нелінійна (права півкуля) активність – результат того ж хаосу. Вирогідно, поблизу кордонів долей головного мозку виникає перехід від хаосу до порядку

Основна література

1. Вікіпедія.
2. Вильямс Б. Торговый хаос. Экспертные методики максимизации прибыли. – М.: ИК «Аналитика», 2000.
3. Михайлова Н.Л. Физиология центральной нервной системы: учебное пособие/ Л.Н. Михайлова, Л.С. Чемпалова. – 2-е изд. Ульяновск: УиГУ, 2010– 164с.
4. Скоромец Т.А., Скоромец А.А. Топтческая диагностика заболеваний нервной системы: Руковожство для врачей. – 2-изд. – СПб.: Политехника, 1996 – 320с.: ил.
5. Теленгатор А.Я. Общая теория иышления. Журн. Новости медицины и формации, 2018. – С.74 - 76.

6. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. – Л., 1979.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ
Карабаєв Д.Т., Конс.-діагн. центр Дніпр. району, м. Київ

МОРФОЛОГІЧНІ І ФІЗІОЛОГІЧНІ АСИМЕТРІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Останнім часом в науковій літературі широко обговорюється питання про асиметрії головного мозку. У зв'язку з тим, що ця тема представляє інтерес для студентів та інтернів медичних інститутів і університетів (з метою формування майбутніх лікарів), для практикуючих лікарів, що займаються діагностикою і лікуванням хворих із захворюваннями нервової системи, в даній роботі зроблена спроба зупинитися на ній детальніше.

Як вказує [1], «з еволюційної точки зору асиметрія – це загальна фундаментальна закономірність організації всіх біологічних систем, і зокрема, діяльності мозку хребетних» і підкреслює, що асиметрія біологічних об'єктів, мабуть, обумовлена, перш за все, гравітаційними характеристиками простору проживання. Єдина теорія, яка пояснює з еволюційних позицій багато аспектів міжпівкульної асиметрії у тварин і людей, була запропонована в 1993 році. Геодакяном В.А. : латеральна асиметрія виникає в результаті асинхронної еволюції півкуль мозку і контрольованих ними сторін тіла. На будь-який організм діє гравітація, ведуча до зміни тіла по осі верх-низ, а активна поступальна хода у пошуках їжі (вісь вперед-назад) сприяє концентрації в головній частині. В результаті у білатеральних форм втрачається центр і осі симетрії, і залишається лише одна плоскість симетрії – медіанна, яка ділить організм на ліву і праву половини.

[5] відзначає, що лобово-центральна область правої півкулі ширша. Вона видається вперед відносно лівої і важче за неї (Pelect et all, 1998). У неї більше щільність білої речовини по відношенню до лівої (Gur, 1980). У дорослих людей вся ліва півкуля за розмірами більше правої (Yeo et all, 1987), її потилична область ширше правої (Le May, Kido, 1978), в неї дозрівання звивини відбувається швидше і більше щільність сірої речовини. Сингулярна звивина в лівій півкулі подвійна, а в правом – одинарна (Pelect et all, 1998). A.B.Schelbel et all (1998) повідомили, що в зоні Брока високовпорядковані

зв'язки дендритів більше в лівій півкулі, чим в гомологічній правій. Структурна організація мовнорухових полів 44 та 45 в лівій і правій півкулях мозку людини розрізняється по середній величині поля пірамідних нейронів, їх максимальній і мінімальній величині, по показнику варіації і нейронному складу кліток 3 і 5 шарів. Ці відмінності відображають домінування лівої півкулі по мовній функції. Була виявлена лівопівкульна домінантність мовнорухових і рухових кіркових полів мозку людини. Поле 22 в зоні Верніке більше в лівій півкулі. Поле 41 є кірковим кінцем слухового аналізатора, куди поступає звукова інформація і відбувається її первинне кодування. Розмір його більше в правій півкулі, оскільки саме права півкуля відповідає за виділення сигналу з шуму. Сильвієва борозна на правій стороні мозку піднімається крутіше [2]. Скронева плоскість, що займає верхню поверхню скроневої долі позаду слухової кори довше в лівій півкулі (Gerahwind, Levitsky, 1968). Ліве зубчасте ядро більше правого, розрізнена вага правого і лівого смугастих тіл (Murphy, 1985). В області перехрестя в довгастому мозку пірамідний тракт, що йде з лівої півкулі, більше, ніж в 80% випадків розташований ростральніше правого. Центральна борозна, яка формує моторну кору, глибше і ширше в правій півкулі Davatrzikos(, Bryon, 2002).

Висловлено припущення (Tucker, Williamson, 1981), що ліва півкуля має великі концентрації дофаміна, тоді як права – норадреналіна. Також в лівій півкулі переважають ацетілхолін, ГАМК. Виражена асиметрія концентрації норадренергічних нейронів знайдена в таламусі, особливо в його правом вентролатеральному ядрі і зліва – в подушці (Оке et all, 1978). У більшій кількості в правій півкулі також вміст серотоніну.

У 1962 році Сперрі Р. і Газзаніга М. виділили так званий синдром розщепленого мозку (після комісуротомії), який включав такі симптоми: 1) порушення координації рухів, в яких беруть участь обидві руки; 2) ігнорування лівої половини тіла, половини зорового поля; 3) неможливість назвати предмети і слова, що пред'являються одному правому оку; 4) порушення написання і конструктивної діяльності однією рукою, при яких написання може здійснюватися лише правою, а малювання лише лівою рукою. Часткова комісуротомія виявляє, що передня частина мозолистого тіла відповідає за передачу соматосенсорної інформації, а задня його частина – за зорову інформацію.

[6] пише, що в структурно-функціональній системі, що забезпечує усвідомлення зовнішнього явища, вирішальною є активація зв'язків сприймаючих кіркових ділянок з руховою мовною областю, яка розташована в лівій півкулі (Костандов, 1983, 1994). Праву півкулю порівнюють з комп'ютером, що здійснює складні акти розрізнення, пізнання і навчання, але повністю позбавленого свідомого досвіду. [6] вказує, що процес сприйняття і не на усвідомленому рівні, як і на свідомому, здійснюється при тісній взаємодії обох півкуль, кожна з яких вносить свій вклад до цілісної функції.

Домінантним чинником лівої півкулі є мовна спеціалізація, вербально-логічні стосунки. Домінантним чинником правої півкулі є обробка сенсорних сигналів, формування уявлень про образи зовнішнього середовища, просторових стосунків світу поза зв'язків з вербально-логічними стосунками. Роботи Кимури Д. показали, що ліва півкуля більшою мірою бере участь в сприйнятті слів, цифр, в сприйнятті мелодій, звуків. Ліва півкуля більшою мірою пізнає добре знайомі зображення (слова, фігури, особи), а права півкуля описує елементи зображення і потім організовує їх в цілісні образи, більш

ваговито в важкорозрізнювальних, малознайомих стимул-реакціях. Права півкуля аналізує частини, структури зображення, відбирає значимі ознаки і виробляє миттєвий синтез цілісного образу, цілісно усвідомлює предмети і порівнює їх з еталонами, що є вже, в пам'яті. Вона встановлює адекватні змістові зв'язки між ознаками зображення, між об'єктами зовнішнього світу, значимих для орієнтування в постійно змінній зовнішній ситуації, сприймає світ більш стереоскопічно, ніж це є насправді, а ліве – менш стереоскопічно (Баллонов Л.Я., Дегман В.Л.). Ліва півкуля оперує логічними конструкціями, схемами, символічними знаками (Николаєнко Н.Н., Чернігівська Т.В.). Ліва півкуля, ймовірно, більшою мірою сприймає послідовну, детальну інформацію, а права – створює цілісні образи (гештальти).

Як вважає Ротенберг В.С., лівопівкульне мислення з елементів інформації створює однозначний контекст, а права півкуля створює багатозначний контекст, завдяки одночасному схоплюванню практично всіх ознак і зв'язків одного або багатьох явищ. Якщо логіко -знакове мислення формує модель світу, але в чомусь умовну і обмежену, то образне мислення створює новий і повнокровний, натуральний образ світу.

Окремі властивості, грані образів взаємодіють один з одним відразу в декількох «змістових площинах», що, власне, і створює ефект багатозначності [1] .

[4] вказує, що вербальний інтелект пов'язують з домінантністю лівої півкулі, а невербальний інтелект – з домінантністю правої півкулі. Відмінності між людьми з різними типами мислення визначаються більшою включеністю лівої (при аналітичному типові) або правої (при синтетичному типові) півкулі. При правопівкульних ураженнях відмічаються конфабуляції і псевдоремінісценції, при лівопівкульних – лише зниження інтеллектуально-мнестіческіх процесів. Вважається, що емоційні процеси більшою мірою пов'язані з правою півкулею. При ураженні правої півкулі у хворих спостерігається ейфорія, придуркуватість, нетактовність, неадекватність поведінки. Межі тривожно недовірливого характеру у правшів виражені слабкіше, ніж у лівшів. Брагина Н.Н. і Доброхотова Т.А. вважають, що права півкуля функціонує в теперішньому часі з опорою на минуле, а ліва півкуля функціонує в теперішньому часі з опорою на майбутнє. Трауготт Н.Н. були сформульовані наступні принципи взаємодії півкуль головного мозку: 1) взаємодія комплементу – взаємодододаткова, робота співдружності обох півкуль в процесі рішення задачі; 2) реципрокна взаємодія – взаємне гальмування, яке дозволяє уточнювати і координувати рішення задачі на проміжних етапах; 3) демпфуюча – одна півкуля сприяє фільтрації сигналу іншою півкулею, підвищуючи його завадостійкість[1]. Слід вважати, що принципи взаємодії півкуль головного мозку, які були сформульовані Трауготтом Н. Н., можна доповнити наступними: 1) принцип відносної самостійності півкуль (про що свідчать роботи Сперрі Р. і Газзаніга М., 1962); 2) принцип вірогідного потенціювання (ефекти від роботи кожної окремої півкулі не просто підсумовуються при їх одночасному функціонуванні, а замість цього механічного підсумовування виникає, мабуть, повніший, інтегруючий і потенціюючий ефект, тобто прояв якоїсь об'єднаної, інтегруючої думки, судження і тому подібне).

Мабуть, що інтеграційні системи, морфологічні утворення організовують роботу як усередині правої і лівої півкуль, так і їх взаємодію між собою, роботу всього мозку в цілому. Проте не зовсім ясно, як велика кількість

інтегруючих утворень і систем в головному мозку, велика кількість різних біохімічних речовин створюють єдину цілісну роботу головного мозку. Можна думати, що формування цілісної роботи як окремо правої і лівої півкуль, так і цілісної роботи всього головного мозку відбувається за типом ланцюгової естафетної реакції, коли одне внутрішньомозкове утворення, система включає в роботу іншу, одна біохімічна (електробіохімічна) реакція включає в роботу іншу. Ймовірно, все це засновано на принципах фрактальної геометрії (теорії хаосу Бенуа Мандельброта) – [7]. На думку [3] «хаос є вищою формою порядку, де випадковість і безсистемні імпульси стають організуючим принципом швидше, ніж більш традиційні причинно-наслідкові відносии в теоріях Ньютона і Евкліда». Наявність лівої і правої півкуль головного мозку, які виконують різні функції, де виявляється лінійна (ліва півкуля) і нелінійна (права півкуля) активність – результат того ж хаосу. Вирогідно, поблизу кордонів долей головного мозку виникає перехід від хаосу до порядку.

Основна література

1. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии: Учебное издание, - СПб.: Речь, 2005. – 293с.
2. Боголепова И.Н., Малофеева Л.И. Структурная асимметрия кокковых формаций мозга человека. М., 2003, 155с.
3. Вильямс Б. Торговый хаос. Экспертные методики максимизации прибыли. – М.: ИК «Аналитика», 2000.
4. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. – СПб Питер, 2001. – 464с.:ил. – (Серия «Учебник нового века»).
5. Николаева Е.И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии. Учебник, 2008. Издат. ПЕР СЭ, 544с.
6. Психофизиология. Учебник для вузов / Под ред. Ю.И. Александрова . – СПб.: Питер, 2001. – 496 с. ил. - (Серия «Учебник нового века»).
7. Теленгатор А.Я. Общая теория мышления. Ж.»Новости медицины и формации», №646, 2018, с. 74 – 76.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ
Карабаєв Д.Т., Конс.-діагн. центр Дніпр. району, м. Київ

ПАТОЛОГІЯ МИСЛЕННЯ

Студенти та інтерни медичного університету – майбутні лікарі при роботі з хворими, особливо з тими, шо страждають на психоневрологічні захворюванні, повинні мати уявлення про патологію мислення, яке відносно часто зустрічається в практичній роботі. Тим часом, патології мислення залежно від локалізації ураження головного мозку недостатньо приділяється уваги в процесах навчення студентів та інтернів.

У клінічних дисциплінах, в нейропсихологиі, патопсихології розглядаються різні варіанти порушень мислення. Виділяють зазвичай наступні їх групи [1]:

1. Порушення операціональної сторони мислення (зниження або спотворення процесу узагальнення).

2. Порушення динаміки мислення (хвороблива лабільність, прискорення типа мислення або його інертність).

3. Порушення особового (або мотиваційного) компонента мислення (разноплановість, резонерствування, порушення критичності і саморегуляції і таке ін.). Окремо від цієї класифікації слід згадати марення і нав'язливі думки.

[2] описує різні нейропсихологічні синдроми при поразці тих або інших відділів у правшів лівої півкулі головного мозку [1].

Ліва скронева область: на тлі сенсорної або акустіко-мнестічної афазії значно порушені смислові операції, які вимагають участі мови. Ці труднощі виникають і в немовних операціях, якщо в пам'яті треба утримувати мовний матеріал. У цих хворих порушена здатність виконувати послідовні дискурсивні вербальні операції.

Слід вказати, що часткова компенсація цих порушень можлива лише при опорі на наочні зорові стимул-реакції (це пов'язано з тим, що ураження скроневої області не веде до повного руйнування мови, а лише порушує її звукову структуру в зв'язку з випаданнмя або заслабленням слухового чинника мовної системи. Семантична сторона мови в значній мірі залишається збереженою [3].

Тім'яно-потиличні відділи: спостерігаються дефекти просторового аналізу і синтезу окремих елементів в групі (розлади «симультаних синтезів»). Порушується сторона гностики мислення. Виникає скрута в тих випадках, де необхідно при розумовому процесі виділити наочні ознаки об'єктів і їх просторових стосунків (наприклад, при використанні тесту «Кубики Коса», роз'єднані фрагменти хворий не може зібрати в єдину конструкцію). Відмічаються також скрути при виконанні арифметичних завдань (нерозуміння суті математичних операцій і нерозуміння певних логіко-граматичних конструкцій, які відображають просторові стосунки. Фоном є семантична афазія. В першу чергу страждають наочно-образні форми мислення, що вимагають виконання операцій на просторовий аналіз і синтез, а також розуміння семантики «квазіпросторових» стосунків, складових суть «так званої семантичної афазії» [3].

Премоторні відділи лівої півкулі: спостерігається порушення тимчасової організації всіх психічних актів, порушується динаміка розумового процесу, згорнутий, автоматизований характер інтелектуальних операцій. Відмічається інертність, сповільненість процесу розуміння мови, особливо при появі довгих фраз із смисловими перестановками (динамічна афазія). В основі механізму цих порушень лежать порушення внутрішньої мови. При заднєлобових ураженнях інтелектуальні порушення виникають при перемиканні звичних дій на нові, які відрізняються за умовами виконання (хворий продовжує виконувати колишні звичні операції, не дивлячись на те, що умови виконання завдання змінилися).

Лобові префронтальні відділи: виникають порушення інтелекту від безсимптомних до грубих порушень. Формування орієнтовної основи поведінки випадає або значно скорочується. Хворі не зіставляють елементи завдання, не можуть сформулювати гіпотезу, виникають аспонтаність, хаотичні випадкові дії. При наочному мисленні (при розгляді сюжетних картинок хворі вгадують сенс, що відбувається на картинці, а не здійснюють процес наочного мислення). У мнестичих завданнях в результаті побічних асоціацій у хворого виникають контамінації - змішування сюжетів двох розповідей, запропонованих для запам'ятовування.

Хворий не може зрозуміти переносний сенс метафор, прислів'їв, визначити мораль байки. Наголошується порушення сенсу в розумінні. Хворий не може вирішити завдання на класифікацію, не може бути побудувана зв'язана розповідь, виникає резонерствування. Спостерігаються інтелектуальні персеверациі – інертне повторення одних і тих же дій в умовах, що змінилися.

Спостерігаються нерідко стереотипні, стійкі дії, до яких хворий звик, а цілеспрямована поведінка порушується, замінюється цими стереотипними діями. Відмічаються порушення критики до свого стану.

Медіобазальні відділи лобової області: хворі погано орієнтуються в місці, часі, ситуації. Виникають порушення неспецифічної уваги і пам'яті, пов'язані з вербально - логічними завданнями і невербальними завданнями.

Патологія правої півкулі: виникають помилки при вирішенні наочно-образних завдань, пов'язаних з дефектами зорового сприйняття або зоровій пам'яті, або однобічним ігноруванням зорового поля. Порушення також можуть бути при високому абстрактному рівні аналізу простору (порушується просторове мислення, синтез просторових стосунків). В одних випадках порушення у вирішенні наглядно- образних завдань пов'язані з порушеннями зорового сприйняття, зоровій пам'яті або з явищем однобічного ігнорування зорового поля. В цих випадках інтелектуальні розлади є вторинними по відношенню до відносно елементарних сенсорних, гностичних або мнестічних дефектах. У інших випадках порушується вищий, абстрактний рівень аналізу простору і «квазіпросторових» стосунків, тобто власне просторове мислення.

Існує, проте, і інша точка зору на мозкову організацію просторового або наглядно- образного мислення, згідно якої ця форма мислення не може бути пов'язана виключно з правою півкулею, також як і вербальне логічне мислення – лише з лівою півкулею [3]. З'ясовано, що у хворих з ураженням правої тім'яно-потиличної області уявне маніпулювання об'ємними об'єктами і конструктивна діяльність порушуються грубіше, ніж у хворих з ураженням лівої тім'яно-потиличної області. Різні порушення вищих психічних функцій (вербальних і невербальних) виявлені також при ураженні різних структур лімбічної системи (поясної звивини, гіпокампу).

Як вказує [3], систематичні дослідження нейронної активності підкіркових структур при виконанні різних інтелектуальних завдань показали, що будь-яка інтелектуальна діяльність супроводиться активацією цілого ряду підкіркових структур («жорстких» і «гнучких» ланок функціональних систем). При цьому патерни імпульсної активності цих структур певною мірою відображають семантичне значення слів і вербально- логічних операцій і тому можуть розглядатися як нейрофізіологічні «семантичні коди» інтелектуальної діяльності. Ці дані мають принципове значення для розуміння мозкової організації мислення. Таким чином, з представлених даних видно, що локальні ураження головного мозку приводять до специфічних порушень інтеллектуально- розумової діяльності. При ураженні лобових відділів страждає вищий (понятійно- смисловий) рівень побудови розумових операцій, а при ураженні теменно- потиличних відділів – нижчий (образний), пов'язаний з гностичною стороною інтелектуальної діяльності. Крім того, має місце другий чинник, що визначає міру порушення розумових процесів – це заслаблення або втрата контролю за їх протіканням, які визначаються втратою цілеспрямованості, мотиваційної сторони діяльності взагалі.

Слід вказати, що при психічних захворюваннях можна спостерігати такі порушення мислення: 1) прискорення мислення («стрибка ідей»); 2) інертність мислення; 3) непослідовність думок; 4) «відгукованість»; 5) зісковзування. Можуть також спостерігатися: зниження рівня узагальнення, спотворення процесу узагальнення, разноплановость мислення, резонерство, некритичність, символічність мислення, атактичне мислення, патологічна докладність. Відмічаються також розумова відсталість, затримка психічного

розвитку, психічний інфантилізм, мінімальна мозкова дисфункція, деменція, маразм.

Основна література

1. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии: Учебное пособие. – СПб.:Речь, 2005. – 293с.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384с.
3. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 3-е изд. СПб.: Питер, 2003. – 496 с.: ил.

Теленгатор О.Я., д.м.н., проф., КМУ
Карабаєв Д.Т., Конс.-діагн. центр Дніпр. району, м. Київ

ПАТОЛОГІЯ ПАМ'ЯТІ

Патологія пам'яті часто зустрічається у хворих, особливо у хворих з неврологічними, нейрохірургічними і психіатричними захворюваннями. В зв'язку з цим студентам та інтернам медичних університетів і інститутів – майбутнім лікарям доцільно детальніше знати про цю патологію.

Порушення пам'яті спостерігаються при загальних астенічних станах після стресів, при перевтомі, соматичних захворюваннях, алкоголізмі, гострих і хронічних порушеннях мозкового кровообігу, черепномозкових травмах і їх наслідках, пухлинах головного мозку, психічних захворюваннях, природженій розумовій відсталості. Виділяють декілька наступних основних варіантів порушень пам'яті [2,3]: 1. Гипомнезія – ослаблення пам'яті, погіршення точності відтворення інформації. У таких хворих особливо слабшають всі види пам'яті. Може спостерігатися при перевтомі, астенії, неврозах, при вікових змінах, при деяких церебральних захворюваннях, інколи буває природженою. 2. Амнезія – значне зниження або відсутність пам'яті. Частіше амнезія виникає при пошкодженні лімбічеської системи. 3. Ретроградна амнезія – втрата пам'яті на події, безпосередньо передуючі захворюванню - при черепномозковій травмі, психічній травмі. 4. Антероградна амнезія – втрата пам'яті на події, наступні за гострим етапом хвороби, черепномозкової травми. 5. Конградна амнезія: повна або часткова амнезія, яка обмежується лише подіями гострого періоду хвороби. Зустрічається при гострій черепномозковій травмі, онейроїдному синдромі, при деяких формах делірію, в тих, що перенесли кому, сопор, оглушення. 6. Гіпермнезія – хворобливе загострення пам'яті, різке збільшення об'єму і міцності запам'ятовування в порівнянні з середньою нормою. Може спостерігатися при гіпоманіакальних станах, епілепсії, вживанні деяких наркотичних речовин, при церебральних пухлинах. Інколи спостерігається і в нормі. 7. Парамнезія – обмани пам'яті, помилкові пізнавання або спотворені сприйняття. Може бути при синдромах «вже баченого», «вже чутого». Конфабуляції (пропуски пам'яті заповнюються вигадками хворого або спостерігається зсув спогадів минулого і сьогодення). Спостерігається при епілепсії, психозах, травмах головного мозку, в рамках галюцинаторно- маревних синдромів. 8. Псевдоамнезія – пам'ять як така не порушується, але страждає можливість постановки завдання що-небудь запам'ятати. При спогаді хворий не може активно щось пригадати, у нього виникає стереотипне повторення останнього матеріалу без критичного до цього відношення. Буває при масивних ураженнях конвекситальних лобових

областей. 9. Персеверация: (стосовно пам'яті) - нав'язливе повторення слів, фраз, мелодій, рухів, зорових образів. Може бути при перевтомі, неврозах, деяких церебральних захворюваннях. 10. Псевдоремінісценція – спогад про тих, що реально мали місце в житті пацієнта подіях, яким невірно приписуються тимчасові періоди, в яких вони відбувалися. 11. Криптомнезії – як спогади про події власного життя пацієнт приймає історії, почуті від інших людей, прочитані в книгах, побачені в кіно або уві сні. 12. Фіксаційна амнезія – нездатність запам'ятовувати, зберігати і відтворювати нову інформацію, а також фіксувати в свідомості поточні події і події недавнього минулого Фіксаційна амнезія є найбільш важким проявом корсаковського синдрому, вона буває при атеросклерозі 13. Диссоціативна амнезія – тип диссоціативного розладу, при якому людина не здатна пригадати важливу особисту інформацію, яку в звичайній ситуації чоловік забути не може. Викликається зазвичай травмою або стресом. 14. Амнезія аффектогенна – втрата спогадів про події, що сталися під час аффекта- обумовлена звуженням свідомості. 15. Амнезія постгіпностична - нездатність людини пригадати події, що мали місце тоді, коли він знаходився під дією гіпнозу. 16. Амнезія ретардована - амнезія, що «запізнюється», коли події, що мали місце, випадають не вмить, а лише через деякий час після хвороби. 17. Амнезія прогресуюча – послідовне зникнення з пам'яті подій в напрямі від сьогодення до минулого: на початку хвороби амнезія поширюється лише на події останніх місяців, а з часом втрачаються спогади про раніші події (розвивається згідно із законом Рібо). 18. Істерична амнезія – часткове видалення з пам'яті неприємних або компрометуючих людину подій. 19. Скотомізація спогаду – видаляються частково, франментарно спогади, але без прив'язі до будь-яких сильних емоційних переживань.

Виділяють наступні порушення пам'яті:

1) корсаковський синдром. Розвивається в основному унаслідок алкоголізму, черепномозкових травм, пухлин головного мозку. 2) деменція. Різко порушуються процеси короткочасної і довготривалої пам'яті (окрім інших психічних порушень). Виникають при виражених проявах дисциркуляторної енцефалопатії, при хворобі Альцгеймера. 3) сенільні порушення пам'яті. Виражені порушення пам'яті в старечному віці, що перевищують межі норми для певного віку 4) порушення пам'яті при дисметаболічних енцефалопатіях. Виникає при хронічній легеневій, печінковій і нирковій недостатності, тривалих гіпоглікеміях, унаслідок глибокого гіповітамінозу і інтоксикацій. 5) психогенні порушення пам'яті. Виникають як наслідок важких форм депресії. 6) скороминущі порушення пам'яті. Виникають унаслідок черепномозкових травм, епілепсії, зловживання алкоголем.

Виділяють: 1) модально-специфічні порушення і 2) модально-неспецифічні порушення пам'яті. У першому випадку - це часткове випадання процесів збереження і подальшого відтворення інформації, що сприймається лише однією системою відчуттів (що належать до конкретної модальності). Виникають ці порушення як наслідок патології кори головного мозку в зонах відповідних аналізаторів. В другому випадку порушення пам'яті проявляються загальними ураженнями всіх видів пам'яті незалежно від їх модальності. Виникають ці розлади, як при довільному, так і мимовільному сприйнятті інформації при органічних ураженнях головного мозку [3].

При патології тих або інших ділянок мозку порушення пам'яті відрізняються. Префронтальная кора. Реалізовує так звану «робочу» пам'ять

(у необхідний момент з різних ділянок мозку вибирається необхідна інформація, яка може бути потрібною для вирішення тієї або іншої проблеми). При патології зберігається довготривала інформація, але в конкретній діяльності вона непридатна. Гіпокамп. Забезпечує перекодування інформації з короткочасної пам'яті в довготривалу. При патології виникає нездатність до навчання (проте пам'ять на події, що мали місце до хвороби, зберігається). Таламус. Обробляє (як проміжна ланка) майже всю інформацію, яка прямує в кору. При поразці дорсомедіального ядра втрачається здатність засвоювати новий вербальний матеріал. При поразці медіального ядра знижується здібність до перенавчання. Стріатум. При поразці погіршується запам'ятовування (вироблення) автоматизованих рухів. Ретикулярна формація. Забезпечує формування енграм і їх витягування в необхідний момент. Зниження тонусу кори приводить до порушень загальної модально-неспецифічної пам'яті. У випадках вираженої поразки виникають зміни свідомості у вигляді порушень в місці і часі. Рівень довгастого мозку. Виникає «забування» мозком циклу звичної активності (змінюється цикл «сон – неспання»). При травмах головного мозку може бути ретроградна і антероградна амнезії [5]. На думку [1], при поразці рівня довгастого мозку (ствола) порушення пам'яті протікають в синдромі порушень свідомості, циклу «сон – неспання» (описані в клініці як ретроградна і антероградна амнезії при черепномозковій травмі). Діенцефальний рівень. Страждає переважно короткочасна пам'ять або пам'ять на поточні події (для діагностики цій патології необхідні спеціальні тести). Відмічається підвищена ранимість, схильність слідів явищам інтерференції (особливо гомогенної) - [5]. Лімбічна система. При ураженні виникає корсаковський синдром (на тлі підвищеної стомлюваності, дратівливій слабкості втрачається пам'ять на поточні події, але довготривала пам'ять на минуле зберігається). Резерву пам'яті у хворих немає, а її пропуски заповнюються конфабуляціями. У важких випадках бувають онейроїдниє стани, загальна сплутана дезорієнтація в місці і в часі, порушується і довготривала пам'ять. Медіобазальниє відділи лобових долей (нерідко порушення бувають при аневризмах передньої сполучної артерії, бувають при пухлинах головного мозку). При ураженні виникає втрата короткочасної пам'яті, розлади семантичної пам'яті або пам'яті на логічно зв'язані поняття, страждає опосередковане запам'ятовування матеріалу [5] . Відмічається зісковзування на побічні зв'язки, конфабуляції. Може порушуватися установка на запам'ятовування. Крім того, при порушенні медіальних відділів скроневих долей мнестичні розлади посилюються. Розлади семантичної пам'яті виявляються, перш за все в порушенні вибірковості відтворення слідів, наприклад, в труднощах логічного послідовного викладу сюжету тільки що прочитаної хворому розповіді, байки і так далі, в легкому зісковзуванні на побічні асоціації. У завданнях на повторення серії слів такі хворі виявляють феномен «залучення нових слів», тобто тих, яких не було в списку слів-асоціацій (смислових або звукових [5]. При ураженні скроневої області кори дефекти пам'яті виявляються в слуховій сфері (при ураженні лівої півкулі – в слухомовній сфері). При ураженні потиличних відділів кори спостерігаються розладі оптико-гностичної зорової пам"яті. При оптико-мнестічній формі афазії певним чином порушується зорово-мовна пам"ять і хворі не можуть називати предмети, які їм показують, хоча їх функціональне призначення їм зрозуміло і вони намагаються його описати (жестами, словами і так далі). В цих випадках також страждає лише

мнестичний рівень роботи зорової (або зорово-мовної) системи. Порушення слухомовної і зорово-мовної пам"яті характерні лише для поразки лівої півкулі у правшів [1]. При ураженні ніжньотім'янних або тем'янопотиличних відділів кори спостерігаються розлади просторової пам'яті. Відмічаються також розлади спеціалізованих видів пам'яті (мовна, рухова, емоційна, музична та ін.). Ураження лобових конвекситальних відділів. Дефекти пам'яті спостерігаються в області вищих, опосередкованих форм. Бувають явища псевдоамнезії. Масивні ураження глибин мозку приводять до таких порушенням первинної пам'яті, які роблять недійсним закон Бюлера, згідно з яким запам'ятовування думок незрівнянно міцніше, ніж запам'ятовування ізольованих елементів [4].

Приведені дані показують, що при локальних пошкодженнях мозку є відмінності в порушеннях пам'яті. Це свідчить, що в механізмах пам'яті здорової людини бере участь не одна яка-небудь ділянка мозку, а весь головний мозок в цілому.

Основна література

1. Белов Е.Н. Нейропсихология, 2020 (Википедия).
2. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии: Учебное пособие. – СПб.:Речь, 2005. – 293с.
3. Вікіпедія
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384с.
5. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 3-е изд. СПб.: Питер, 2003. – 496 с.: ил.

Філатенко І.О., к.філол.н., зав.каф.
Соціально-гуманітарних дисциплін, КМУ

ЗНАЧИМІСТЬ МІЖКУЛЬТУРНОЇ ОСВІТИ В ПРОЦЕСІ КОМУНІКАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНИХ КУЛЬТУР

Актуальним напрямом дослідження сьогодення у парадигмі вищої освіти є міжкультурна комунікація, що сприяє формуванню професійної та комунікативної компетентності майбутніх фахівців. Серед зарубіжних та українських дослідників, що розглядали проблему міжкультурного спілкування, заслуговують на увагу праці З. В. Заслуженюк, С.Кучеряна, В. Мірошниченка, О.Жорнової, С. Нієто, Т.Рюлькера та ін.

Згідно з визначенням Ф.С. Бацевича, «міжкультурна комунікація – це процес спілкування (вербального і невербального) людей (груп людей), які належать до різних національних лінгвокультурних спільнот, як правило послуговуються різними ідентичними мовами, відчувають лінгвокультурну «чужинність» партнера по спілкуванню, мають різну комунікативну компетенцію, яка може стати причиною комунікативних невдач або культурного шоку в спілкуванні» [1, с. 9]. Отже, для подолання непорозумінь та конфліктів необхідним є вивчення взаємозв'язку між культурою та комунікацією через виявлення притаманних різним народам культурних моделей.

Важливою характеристикою, що відрізняє міжкультурну комунікацію від комунікації в середині однієї культури, є невизначеність або двозначність щодо основних правил, за допомогою яких здійснюватиметься комунікативна

взаємодія. Учасники міжкультурної інтеракції у спілкуванні часто використовують мову, яка не є рідною принаймні для одного з них, а іноді й для обох. Це закономірно призводить до певної невизначеності у лексичних значеннях слів для комунікантів.

Культурні відмінності у використанні невербальних каналів роблять цю невизначеність ще більшою. Учасники міжкультурної комунікації не можуть бути впевнені у тому, що вони інтерпретують сигнали та повідомлення відповідно до комунікативної настанови відправника інформації. Характеристикою міжкультурної комунікації є неминучість конфлікту та нерозуміння. Під час міжкультурної взаємодії велика ймовірність того, що поведінка людей не буде відповідати очікуванням. У подібних ситуаціях учасники комунікації можуть розгубитися чи навіть втратити інтерес до спілкування, яке вимагає додаткових комунікативних зусиль [2].

Саме тому врахування специфіки міжкультурної комунікації є неодмінною умовою в адаптації студентів-іноземців в процесі навчання. Таким чином, поняття міжкультурної освіти набуває особливої значущості.

Міжкультурна освіта має такі реалізовувати такі завдання:

- навчати учасників міжкультурної комунікації взаємодії з культурними відмінностями і диверсифікацією в суспільстві та надавати їм необхідні навички до набуття цієї здібності (навички міжкультурної комунікації та вирішення конфліктних ситуацій, розуміння культурного різноманіття, аналіз власних культурних цінностей);

- стимулювати терпимість, взаємну повагу та розуміння, відкритість до окремих осіб та груп з різним культурним, етнічним, національним, релігійним минулим.

Як зазначається в літературі, існує кілька основних перешкод, що заважають ефективній міжкультурній комунікації:

1) Припущення подібностей. Однією з причин нерозуміння в процесі міжкультурної комунікації стає те, що люди припускають, нібито всі вони однакові або доволі схожі для легкого спілкування один з одним. Звичайно, всім людям властива низка базових подібностей у біологічних та соціальних потребах. Однак комунікація – це унікальна людська особливість, яку формують специфічні культури та суспільства.

2) Ступінь припущення людьми того, що інші особи подібні до них, варіюється для різних культур, адже представники деяких культур роблять більше припущень щодо подібностей.

3) Мовні відмінності. В процесі спілкування мовою, яку знають не досконало, учасники комунікації часто вважають, що слово або фраза мають лише одне значення – те, яке вони хочуть передати. Робити таке припущення означає ігнорувати все інші можливі джерела сигналів та повідомлень, в тому числі інтонацію, міміку, позу, жести.

4) Помилкові невербальні інтерпретації. У будь-якій культурі невербальна поведінка становить значну частину комунікативних повідомлень. Неправильна інтерпретація невербальної поведінки може легко призвести до конфліктів або конфронтації, які порушують комунікативний процес.

5) Упередження та стереотипи. Стереотипи і упередження щодо людей – це природні та неминучі психологічні процеси, які впливають на сприйняття та комунікативні контакти. Апелювання до стереотипів може перешкодити об'єктивно інтерпретувати повідомлення в тому напрямі, у якому нам мали намір їх передати.

6) Прагнення оцінювати. Культурні цінності також впливають на наші уявлення щодо інших людей і навколишнього світу.

7) Різні цінності. Вони можуть викликати негативні оцінки, які стають ще однією перешкодою на шляху до ефективної міжкультурної комунікації.

8). Підвищена тривога. Міжкультурна комунікація часто пов'язана з більшою тривогою та стресом, аніж знайомі ситуації комунікації в середині однієї культури. Зайва тривога та стрес лише шкодять міжкультурній комунікації.

Отже, культурне розмаїття комунікантів у освітньому процесі має спонукати кожного з них до конструктивної взаємодії, до формування толерантного ставлення до представників інших культур, до розвитку знань про культури, що їх оточують. Відповідно, значимість міжкультурної освіти, реалізації її завдань у цьому процесі важко переоцінити.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бацевич Ф. С. Основи комунікативної лінгвістики. К.: Академія, 2004. 343 с.
2. Манакін В. М. Мова і міжкультурна комунікація. Київ: ЦУЛ, 2012. 288 с.

Чепурна Н.О.
асистент кафедри анатомії,
топографічної анатомії та оперативної хірургії
Київського Медичного Університету
аспірантка ІВО НАПН України

ВПЛИВ ЦИФРОВИХ НАВИЧОК НА ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ КИЇВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Наслідки пандемії Covid-19, повномасштабне вторгнення, стали суттєвими викликами для усіх аспектів життя українського суспільства і зокрема для системи вищої освіти. Останні роки дистанційний формат навчання в Київському Медичному Університеті відбувається на платформі Google-Meet, де здобувачі освіти впевнено і систематично покращують свої «digital skills». [3]. Адже практичне використання електронних інструментів (зокрема пошук інформації по сайтам, її переклад у випадку роботи з закордонними сайтами) тісно пов’язано не лише з повсякденним життям кожної людини, і студента зокрема, а й з особистісним та професійним розвитком. Самі студенти в усному форматі відмічають що у них значно покращились комунікаційні навички, вони не бояться висловлювати власну думку з вімкненою камерою. Але в умовах сьогодення усі учасники освітнього процесу стикаються з новими викликами- це хаотичне вимкнення світла, непередбачувані за своєю тривалістю та кількістю повітряні тривоги, і порушення роботи інтернет-мережі – і в цих реаліях, ми змушені працювати й навчатись, утримуючи набуту якість освітнього процесу. І відповідно, що здатність адекватно сприймати ситуацію, усвідомлювати власні емоції й тим більше контролювати їх, в деяких моментах може втрачатися. І людина за короткий проміжок переживає від агресії, злості, до відчуття байдужості. Такі «емоційні каруселі» однозначно впливають на спроможність до якісного навчання (засвоєння нового матеріалу, запам’ятовування дрібних анатомічних утворень наприклад при вивченні дисципліни «Анатомія людини» тощо).

Під час практичних занять з дисципліни «Анатомія людини» в онлайн-форматі разом зі студентами ми використовуємо практику командної і водночас презентаційної роботи. Група ділиться на декілька команд і презентує частину теми, яку розбираємо – наприклад тема «Тазова та стегнова кістка»- команди в презентації Power Point чи Canva, з елементами використання графічного редактора, або з використанням інтерактивної дошки Jambord представляють і коментують свою частину теми – доповідь до -5 хвилин. Такий формат навчання посилює, розвиває соціальні навички емоційного інтелекту- це вміння взаємодіяти один з одним в віртуальному форматі. Допомагає розвивати розуміння себе та інших, та посилює комунікаційну складову учасників освітнього простору. [1]. Під час презентацій, як правило виникають питання, коментарі, доповнення, які з одного боку дозволяють краще запам'ятовувати інформацію, а з іншого – посилюють мотивацію до освітнього процесу, і будують здорові робочі відносини в атмосфері доброзичливості. Окрім того, це покращує саморегуляцію власних емоцій, що впливає на прийняття більш зважених та креативних рішень. [2]. Наприклад, при проведенні практичних занять з дисципліни «Анатомія людини» учасники освітнього процесу влаштовують формат «віртуального брейн-рингу», де в командах створюють цікаві питання з картинками, з урахуванням анатомічних особливостей та латинської термінології. Такі моменти посилюють розпізнавання власних емоцій та їх вплив на оточуючих – це як один із компонентів емоційного інтелекту - самоусвідомлення. [1]. Окрім того це загострює відчуття емпатійності – адже здатність розуміти інших співрозмовників по голосу (тембру, інтонації) в віртуальному форматі, теж впливає на психологічний клімат студентів і викладача.

Здатність долати виклики, співпереживати, усвідомлювати та керувати своїми емоціями, ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, дозволяє розвивати компоненти емоційного інтелекту (емпатія, самоусвідомлення, мотивація, соціальні навички) які безпосередньо впливають на якість освітнього процесу і дозволяють його тримати на високому рівні.

Література

1.Деніел Гоулман «Емоційний інтелект» 2015р. 236с.

2.Пітер Саловей, Девід Карузо «Емоційний інтелект керівника» 2020 р. 168с.

3.Манойленко Н, Кононенко С, Крамаренко Н Цифровізація освітнього процесу в умовах дистанційного навчання в закладах вищої освіти. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки.* 2021 №201 С 10-15.

Чепурна Н.О., асистент*
Ковальчук Н.В., Леоненко І.М., Радомська Н.Ю., доценти*
*каф. анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії Київського Медичного Університету

РОЗВИТОК ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ В МЕДИЧНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ.

В умовах повномасштабного вторгнення та пандемії Covid-19 для усіх учасників освітнього процесу постають нові виклики в навчанні-викладанні, і зокрема для майбутніх лікарів. Забезпечення якості освітнього процесу в

умовах дистанційного навчання з періодичними порушеннями роботи українських електромереж, повітряних тривог, хвилювань за своїх рідних, і багатьох інших щоденних побутових проблем вимагає від учасників освітнього процесу бути готовими до вирішення питань в режимі «саме тут і саме зараз». Сучасні майбутні лікарі перебувають в умовах, що змушують їх проявляти, розвивати чи удосконалювати певні лідерські якості в умовах сьогодення, а саме: бути гнучким, здатним працювати в команді, бути креативним тощо.

На законодавчому рівні України в системі вищої освіти ці питання є узгоджені, що полегшує роботу учасникам освітнього процесу. В Законі України «Про вищу освіту» завдяки академічній свободі (ст.1) [1], учасникам освітнього процесу надана самостійність в освітньому просторі, що розвиває комунікаційні навички у здобувачів освіти, вміння делегувати повноваження, ініціативність тощо. Або в професійному стандарті викладачів (наказ Мінекономіки №610 від 23.03.2021 «Про затвердження професійного стандарту на групу професій «Викладачі закладів вищої освіти»), де в загальних компетентностях прописано -здатність генерувати ідеї -креативність (ЗК07), [2], здатність мотивувати людей та рухатись до спільної мети – (ЗК09), що посилює мультидисциплінарний підхід в роботі, та розвиває різні професійні ролі притаманні лідерству - розробник, дизайнер, організатор, модератор, дослідник тощо. [4].

Також в сучасному освітньому просторі є важливим принцип педагогічного партнерства, [3], який дозволяє залучати різних стейкхолдерів до освітнього процесу. При проведенні занять в нашому університеті з анатомії людини в дистанційному форматі, доєднувались практикуючі лікарі - ортопеди-травматологи, рентгенологи, які ділилися «медичними цікавинками» в розділі «Остеології». Що з одного боку готує майбутніх лікарів до практичної діяльності, а з іншого - розвиває викладацький потенціал університету, забезпечуючи його конкурентноспроможність на ринку освітніх послуг.

Під час практичних занять з анатомії людини в Київському Медичному університету здобувачі освіти навчаються в дистанційному форматі на освітній платформі Google-Meet де вони діляться на команди і виконують певні завдання. Наприклад, одна із команд на інтерактивній дошці Padlet демонструвала окремі анатомічні утворення з розділу остеології людини, інша- представляла презентацію в Power Point або в Canva по черзі доповідаючи і доповнюючи один одного, ще одна із команд використовувала елементи 3D навчальних програм з анатомії. Такий формат дозволяє залучати усіх здобувачів освіти до навчального процесу, змушує їх здійснювати пошук інформації, креативити, працювати в умовах обмеженого режиму часу, доповідати чітко, коротко і структуровано. І таким чином є можливість оцінити усіх студентів, розібрати матеріал та запам’ятати його. Окрім того, в віртуальному форматі навчання-спілкування учасники освітнього процесу проявляють різні компетентності [4] - і емоційно-етичну, оцінювально-аналітичну при дискусивних питаннях. Також є присутня інклюзивна компетентість (це забезпечення сприятливих умов в освітньому середовищі для студентів) та мотиваційна – студенти підтримують один одного при доповідях, інформаційно-цифрова – пошук інформації на відкритих інтернет-ресурсах, та вміння проаналізувати його.

Прояв особистісних якостей кожного учасника освітнього простору, тісна взаємодія, співпраця, комунікаційна складова здатні забезпечити ефективність віртуального лідерства в сучасних освітніх реаліях, посилити

мотивацію до навчання, тим самим вплинувши на покращення його якості. Сучасні майбутні лікарі – це генератори ідей, це майбутні фахівці з новим мисленням, та цифровими навичками, які не лише будуть покращувати практичну медичну діяльність, а й особистісно й професійно розвиватись.

ЛІТЕРАТУРА

1.Закон України «Про вищу освіту», 2014. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text

2.Наказ Мінекономіки №610 від 23.03.2021 «Про затвердження професійного стандарту на групу професій «Викладачі закладів вищої освіти» https://mon.gov.ua/storage/app/media/pto/standarty/2021/03/25/Standart%20na%20hrupu%20profesiy_Vykladachi%20zakladiv%20vyshchoyi%20osvity_25.03.pdf

3.Чорнойван А. Розвиток дослідників (наукових працівників) в університетах України в умовах євроінтеграції: теоретичні основи. Теоретичні основи розвитку науково-педагогічного потенціалу університетів України у контексті розширення інституційної автономії Інститут вищої освіти Відділ інтеграції вищої освіти і науки: аналітичні матеріали, 2020, с.25.

4.Скиба Ю. Теоретичні основи розвитку потенціалу викладачів університетів України у контектсті розширення інституційної автономії. Теоретичні основи розвитку науково-педагогічного потенціалу університетів України у контексті розширення інституційної автономії Інститут вищої освіти Відділ інтеграції вищої освіти і науки: аналітичні матеріали, 2020, с.5 https://ihed.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/Nauk-pedahog_potents_Univ_UA_rozshyr_avtonomii_analit-ch1_IVO-2020-113p_avtors-kolektiv.pdf

Шевченко С. Л.,
доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини,
НМУ імені О. О. Богомольця,

ДО СПЕЦИФІКИ ЕТИКИ ЧЕСНОТ Е. МАКІНТАЙРА В КОНТЕКСТІ “ПРАГМАТИЧНОГО ПОВОРОТУ”

Ставлення до людини як виключно особи раціональної відкидає властиву їй ірраціональну поведінку, зокрема і світоглядні переконання, що ґрунтуються на релігії. Втім безальтернативне опертя на наукові докази, формальну і неформальну логіку, лінгвістику, відмежування від психологічно забарвлених знань аналітичною філософією не вирішує реальних екзистенціальних викликів, які постають перед людством. Міркування про суб’єктивний характер досвіду, про неможливість вираження за допомогою мови наших відчуттів, сприйняттів тощо стали “каменем спотикання” в аналітичній філософії. Тобто “вибираючи щось одне, ми втрачаємо інше”. В руслі аналітичної традиції про неоднозначність “прагматичного повороту” пише і Е. Макінтайр, заперечуючи формальний аналіз історії чи людської поведінки, тому що немає теорії загальної раціональності.

Е. Макінтайр виводить моральність з внутрішнього “Я” людської істоти, а не з соціальних ролей та практик. Він наголошує, що “нам, з одного боку, незважаючи на зусилля трьох століть у сфері моральної філософії, і одного століття в соціології, так і не вистачає узгоджених раціонально аргументів на користь положень ліберально-індивідуалістичної доктрини; і що, з іншого боку, аристотелівська традиція може бути переформульована таким чином, щоб

відновити прозорість і розумність наших моральних і соціальних відношень і зобов'язань". Тому, Е. Макінтайра, насамперед хвилює чіткість, раціональність та правомірність обґрунтування наших моральних цінностей на засадах "практичної мудрості".

Окрім критичного підходу до прагматизму, Е. Макінтайр оригінально звертається до екзистенціалістської традиції. Зокрема він надзвичайно критично ставиться до псевдораціоналізму Ж.-П. Сартра, і водночас високо цінує творчість, насамперед етику, С. К'єркеґора: сартрівський варіант екзистенціального марксизму, на його думку, "належить радше до філософського бестіарію, аніж серйозного обговорення" [1, с. 38]. "Для Сартра, – як зазначає Е. Макінтайр, – центральною помилкою є ототожнення "я" з його ролями, і ця помилка тягне за собою моральне марновірство та інтелектуальну плутанину…" [1, с. 52 – 53]. Е. Макінтайр постулює культурне різноманіття сучасного суспільства в історичному контексті та розуміння необхідності організації спільного співіснування різних моральних установок у релігійній спільноті, які часом суперечать одна іншій.

Таким чином, в теорії моралі Макінтайра "бути моральним суб'єктом … і означає бути здатним відступити від будь-якої і кожної ситуації, в яку ти втягнутий, від будь-якої і кожної характеристики, яку ти можеш мати, і виносити судження щодо неї з суто універсального та абстрактного погляду, повністю відокремленого від будь-якої соціальної специфіки. Отже, бути моральним суб'єктом здатний будь-хто, і саме в "Я", а не у соціальних ролях та практиках локалізується моральний чинник" [1, с. 52].

Отже, для Е. Макінтайра важливо, щоб у підсумку не утворився єдиний моральний стандарт для усіх, що б неминуче мало тоталітарні наслідки, позбавило б людину вибору, навіть якщо б і зменшило кількість неправильно прийнятих рішень. Тобто Е. Макінтайр, з одного боку, розвиває ідеї аналітичного дослідження людини як особи соціальної, а з іншого, критикує межі і можливості аналітичної філософії.

Література:

1.Макінтайр Е. Після чесноти: дослідження з теорії моралі [пер. з англ. за наук. ред. В. Малахова]. – К.: Дух і літера, 2002. – 438 с.

Шевчук І. К., старший викладач
кафедри соціально-гуманітарних дисциплін КМУ.

ЧОТИРИ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ПОМИЛКИ КЛАСНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Управління класом – або класний менеджмент - вже давно став частиною повсякденної практики зарубіжних шкіл, але в Україні залишається актуальним питання якісної моделі впровадження цього підходу.

Що таке класний менеджмент? Загалом – це техніка для створення ефективного та сприятливого навчального середовища та організації навчального процесу в класі з місією збагачення індивідуального досвіду кожного студента, сприяння розвитку самостійності учнів та впливу на їх розвиток.

Погана поведінка також може бути здоровою частиною соціального та емоційного розвитку. Тому те, що може виглядати як порушення правил, насправді є способом відстоювання своєї незалежності.

Хоча все це може бути очевидним для вчителів з великим досвідом, дослідження показують, що програми підготовки вчителів як і раніше, як правило, зосереджені на встановленні суворих правил і покарання за погану поведінку. Це може спрацювати у короткостроковій перспективі, але навряд чи призведе до довгострокових змін.

Незалежно від того, чи беруть гору наші емоції, чи ми впадаємо в знайомі, але непродуктивні звички, ось 4 поширених помилки в управлінні класом і те, що, згідно з дослідженнями, вам слід робити натомість.

ПОМИЛКА №1: РЕАГУВАННЯ НА ПОВЕРХНЕВІ ПОВЕДІНКИ (А НЕ НА ПРИЧИНИ)

Якщо двоє учнів поводяться погано — наприклад, якщо вони поводяться руйнівно, — це може бути з різних причин. "Стратегія, яка усуне неробочу поведінку одного учня, може погіршити неробочу поведінку іншого", - пояснюють дослідники у дослідженні 2010 року.[3] Замість реагувати рефлекторно, вчителі повинні шукати глибинні причини поганої поведінки. Наприклад, якщо один учень бореться зі стресовим новим станом будинку, це вимагатиме іншого підходу, ніж якби інший учень шукає уваги з боку однолітків.

«Визначення поганої поведінки щодо того, як вона виглядає, нічого не говорить нам про те, чому вона сталася, і часто не допомагає в наших зусиллях зміни поведінки», — пояснюють дослідники.

Для Ніни Перріш, вчителя спеціальної освіти з Вірджинії, боротьба з поганою поведінкою зазвичай пов'язана з пошуком закономірностей. Що відбувається до та після поведінки? Хто аудиторія? Коли це відбувається? "Поведінка допомагає учням отримати щось бажане або уникнути чогось небажаного", - пише вона. Якщо вчителі зможуть зрозуміти, які цілі учня, вони зможуть продуктивніше виправити погану поведінку.

ПОМИЛКА №2: ВИДАВАТИ, ЩО ЦЕ НЕ АКАДЕМІЧНА ПРОБЛЕМА

Легко стати цинічною по відношенню до неналежної поведінки студентів, але частіше, ніж ви думаєте, вона виникає через академічні суперечки. У дослідженні 2018 року[4] дослідники порівняли різні причини поганої поведінки учнів, такі як відсутність дисципліни, відсутність мотивації чи бажання справити враження на однокласників. Дивно, але вони виявили, що цілих 20% випадків поганої поведінки можна пояснити академічними недоліками: або учні не розуміли завдання, або було надто складним, а погана поведінка служило виходом для їх розчарування.

ПОМИЛКА № 3: ПРОТИДІЯ ЩОДО КОЖНОГО ДРІБНОГО ПОРУШЕННЯ

Недосвідченим вчителям може здаватися, що їм потрібно виявляти та виправляти всі порушення у класі, але спроби припинити дрібні порушення можуть насправді збільшити їх у довгостроковій перспективі.

Дослідження, проведене у 2016 році[5], показало, що негативна увага — наприклад, вказівка на те, що учні не звертають уваги або коротко розмовляють у класі, — часто змушувала учнів почуватися менш пов'язаними з класом, що згодом призводило до більшої кількості поведінкових проблем. Дослідники відзначають, що «вчителі можуть мимоволі брати участь у схемі негативного підкріплення», що сходить спіралі, яка «фактично посилює неналежну поведінку учнів». Кінцевий результат? Учень, який отримав догану

за неуважність, з більшою ймовірністю відсторониться і закипить від гніву, ніж переверне свою увагу на навчання.

Замість того, щоб викликати учнів, вчителі повинні наголошувати на позитивній поведінці, наприклад, вчасно закінчувати роботу або ефективно перемикатися між видами діяльності. Невербальні реакції, такі як «погляд» або жести руками, є також ефективними способами тонко спонукати учнів звернути увагу.

ПОМИЛКА № 4: ОЧИКУВАННЯ ВІДПОВІДНОСТІ

Це програшна битва — чекати на послух від студентів, не вносячи емоційної роботи. Вимагайте цього, і багато учнів просто повстануть, перевірять кордони чи вступлять у боротьбу за владу. Хороше управління класом вимагає, щоб ви будували міцні відносини, засновані на довірі та співчутті: «Управління класом – це не контроль учнів чи вимога ідеальної поведінки», – пояснюють дослідники у дослідженні 2014 року[6]. «Натомість ефективне управління полягає в тому, щоб допомогти учням керувати собою під час повсякденного навчання та занять».

Вчителі повинні зосередитися на проактивних стратегіях, таких як позитивні вітання біля дверей, навмисне побудова та підтримка відносин, спільне створення класних норм з учнями та розвиток активної фізичної присутності, щоб допомогти учням розвинути соціальні та емоційні навички, які допоможуть їм бути здатними регулювати власну поведінку.

Література:

1.Youki Terada « 7 Classroom Management Mistakes - and the Research On How to Fix Them», August 2020.
2.«КласМі»: крок назустріч класному менеджменту в Україні» - Освітня платформа «Всеосвіта», серпень 2018 р.
3.https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/PSFL.49.3.11-19
4.https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01463373.2018.1483958?journalCode=rcqu20
5.https://journals.sagepub.com/stoken/default+domain/10.1177/1534508416641605/full
6.https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0031721714553405

Шевцов С.М., ст.викл.*, **Котко Д.М.,** д.м.н., доцент*,
Гончарук Н.Л., ст.викл.*, **Шматова О.О**., доц., к.н. з фіз.вихов і спорту*
*Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН З МЕДИЧНОГО ПРАВА, ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ

Вивчення навчальних дисциплін з медичного права професійної етики та деонтології передбачає опанування комплексу знань та вмінь, які необхідні для професійної діяльності, що зорієнтована на розвиток творчої особистості студента-майбутнього фахівця нового покоління.

Курс медичного права, професійної етики та деонтології має загальнокультурний, правовий та професійний характер.

Метою його є теоретична та практична підготовка майбутніх фахівців щодо вмінь дотримуватися принципів моралі, деонтологічних основ поведінки

та медичної культури, досягнення гармонійного розвитку особистості та сталого розвитку суспільства.

На сучасному етапі навчання повинні враховуватися нові тенденції реформування, які відбуваються у медичній та освітній системі України:

-самостійна творча робота студентів (глибоке засвоєння навчального матеріалу шляхом ретельного опрацювання нової рекомендованої літератури, самостійного складання тестів, написання рефератів, участі у студентських конференціях, розв'язання кейсів);

-використання технічних телекомунікаційних технологій (мережі інтернет, комп'ютерних програм, вебінарів, презентацій, слайдів, відеоконференцій) під час опрацьованого навчального матеріалу;

-стимулювання володінням культурної поведінки, логічним мисленням, розвитком аналізу та синтезу опрацьованого матеріалу та вмінням робити чіткі, правильні висновки;

-формування широкого світогляду позитивних моральних якостей;

-належне оволодіння навчальним матеріалом потребує опрацювання основної, додаткової літератури та періодичної преси.

Навчання з дисциплін медичного права, професійної етики та деонтології спрямоване на формування у майбутнього фахівця загальної культури, відповідних моральних цінностей, поглядів, поведінки тощо. Акценти переносять з теоретичного засвоєння основ медичного права, професійної етики та деонтології до практичних навичок поведінки майбутніх фахівців на основі системного компетентнісного підходу, що включає соціальні психологічні та духовні засади. Це не тільки формує адекватну реакцію на деонтологічну поведінку, але і дозволяє майбутнім фахівцям ефективно розробляти заходи гармонійних взаємовідносин з пацієнтами, колегами, родичами пацієнтів, запобігання виникнення ятрогенних захворювань та зменшення наслідків їх прояву.

Специфікою медичного права, професійної етики та деонтології як науки є використання методів і досягнень фундаментальних (загальнонаукових) та прикладних наук: філософії, історії, біології, психології, соціального права тощо. Ця наука дійсно пов'язана з практичною діяльністю, тому при вивченні тем курсу необхідно користуватися не тільки підручниками з цього курсу, але і додатковою літературою, а також довідниками з права, філософії, біології, психології, соціології, медичних наук тощо.

Самостійне опрацювання навчального матеріалу передбачає складання конспектів за розділами та темами, вирішення типових завдань, написання рефератів, контрольних робіт та аналітичної роботи тощо.

Медичне право як галузь наук тісно пов'язане з дослідженнями системи і окремих питань юридичного регулювання медичної діяльності.

До основних завдань науки медичного права належать дослідження особливостей передового вітчизняного та зарубіжного досвіду у галузі юридичної регламентації медичної діяльності, вивчення українського медичного права, вироблення пропозицій, спрямованих на вдосконалення законодавчої бази сфери охорони здоров'я в Україні, вплинуло багато чинників, наприклад:

-істотні зміни нормативно-правової бази надання медичної допомоги;

-розвиток приватної медицини;

-добровільне медичне страхування;

-пандемія захворюваності на коронавірус COVID-19;

-можливості для пацієнта всіма доступними засобами, зокрема, зверненням до суду захищати свої права стосовно надання йому медичної допомоги та інш.

Розвиток нових медичних технологій відкриває необхідність збільшення ступеня професійної медичної культури у різноманітних ситуаціях медично-педагогічної діяльності.

Тому можна чітко стверджувати, що пізнання різнопланових актуальних аспектів медичної культури відіграє важливе значення у формуванні особистості студента, майбутнього фахівця у сфері надсучасних технологій галузі медицини для отримання максимальних результатів у збереженні життя та здоров'я пацієнтів, зміцненню якісного потенціалу зростаючого щасливого майбутнього покоління.

Шпак І.І.[1], Антомонов М.Ю.[2], Тарасова Н.М.[1]
[1]Київський медичний університет, м. Київ;
[2]ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

АНАЛІЗ ЗАЛЕЖНОСТІ ШКІРНОЇ РЕАКЦІЇ НА ПИЛКОВІ МІКСТИ ВІД ПОШИРЕННЯ ПИЛКУ ТРАВ'ЯНИСТИХ РОСЛИН В АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ М. ВІННИЦІ

Вступ. Проблема алергії до пилку трав'янистих рослин залишається актуальною на даний час як в Україні, так і у світі. Одним із чинників довкілля, що рік за роком справляє все помітніший вплив на стан чутливих до нього верств населення є пилок трав'янистих рослин. Клінічні спостереження зареєстрували найбільше зростання частоти звернень пацієнтів із симптомами полінозу у червні-липні, у другій половині серпня та на початку осені.

Метеорологічні фактори (температура, швидкість вітру, вологість) поряд із кліматичним режимом певної місцевості (теплі або холодні аномалії, сухі або вологі періоди і т.д.) можуть вплинути на вміст біологічних та хімічних компонентів у атмосферному повітрі. Зв'язок між забрудненням повітря, експозицією до пилку і алергією дихальних шляхів ґрунтується на реакції індивіда на забруднення повітря, яка залежить від джерела і компонентів цього забруднення, а також від метеорологічних факторів.

Мета роботи: математичний аналіз залежності шкірної реакції на пилкові мікси від поширення пилку трав'янистих рослин в атмосферному повітрі м. Вінниці.

Матеріали і методи. Дослідження у м. Вінниці було організоване та проведене на базі науково-дослідного центру (НДЦ) Вінницького національного медичного університету у 2012-2014 роках.

Дані аеробіологічного моніторингу концентрацій пилку алергенної аеропалінофлори були отримані за допомогою вловлювача пилку Буркард, що розташований на даху хімічного корпусу ВНМУ на відносній висоті 25 м. Для аналізу та підрахунку пилкових зерен, в основному, використовували збільшення в 400 разів.

За погодинними даними Вінницького обласного центру гідрометеорології була проведена статистична обробка семи метеорологічних

факторів: N_VITR – напрямок вітру, V_VITR – швидкість вітру, T_POV – температура повітря, T_ROS – точка роси, VID_VOL – відносна вологість, DEF_VOL – дефіцит вологості, P – атмосферний тиск.

Проведено аналіз медичної документації алергологічного кабінету Вінницької міської клінічної лікарні №1 за період з 2012 по 2014 рр.

Мета роботи: математичний аналіз впливу метеорологічних факторів на розповсюдження алергенного пилку трав'янистих рослин у атмосфері
м. Вінниці.

Результати. Була проведена оцінка ступеня вираженості шкірної реакції на пилкові міксти з концентрацією пилку трав'янистих рослин в атмосферному повітрі м. Вінниці. Оскільки розмір папули міг бути виражений кількісним розміром в мм (*K*), а концентрація ПЗ початково фіксувалась у кількості виразів, для виявлення зв'язку був використаний кореляційний аналіз. Результати обробки представлені в таблиці.

Зв'язок пилкування трав'янистих рослин зі ступенем вираженості шкірної реакції на пилкові міксти

Найменування пилкових мікстів	Статистичні показники	ARTE (*n* = 243)	AMBR (*n* = 153)	POAC (*n* = 306)
M1_K	*R*	–0,025	–0,064	–0,05
	P	0,703	0,429	0,383
M2_K	*R*	**–0,147**	**0,227**	**–0,125**
	P	0,022	0,005	0,029
M3_K	*R*	0,14	**–0,211**	**0,209**
	P	0,029	0,009	<0,001
M4_K	*R*	**0,104**	**0,197**	–0,069
	P	0,004	0,015	0,226

Примітка: (M1_K) – алергопроби на пилок дерев'янистих рослин: береза, вільха, дуб, ліщина; (M2_K) – алергопроби на пилок трав'янистих рослини: грястиця, китник, тонконіг, костриця, райграс; (M3_K) – алергопроби на пилок трав'янистих рослини: стоколос, пирій, жито, тимофіївка; (M4_K) – алергопроби на пилок бур'янів: амброзія, лобода, полин, соняшник; *K* – розмір папули в мм; *n* – кількість вибірок. Достовірні зв'язки в таблиці виділені жирним шрифтом. Якщо зв'язок був виявлений на рівні тенденції, то значення коефіцієнта кореляції позначені жирним курсивом.

З таблиці видно, що вираженість шкірної реакції на пилковий мікст 1 (M1_K) ніяким чином не пов'язана з пилкуванням полину, амброзії і злакових трав, що цілком зрозуміло. Оскільки мікст 1 використовується для виявлення алергії на пилок дерев'янистих рослин: берези, вільхи, дубу, ліщини, його не було враховано в нашому дослідженні.

Чим більше пилкових зерен *Artemisia* (*r* = – 0,147), тим менше вираженість шкірної реакції на мікст 2 (M2_K), тому що в його складі немає антигенів полину.

Висновки. Додатна кореляція концентрації пилку злаків (*r* **=** 0,209) з вираженістю шкірної реакції на мікст 3 (M3_K) показує зв'язок між пилкуванням цих трав і проявом алергічних реакцій у цей період. Відповідно додатна кореляція концентрації пилку амброзії (*r* = 0,197) і полину (*r* = 0,104) з

вираженістю шкірної реакції на мікст 4 (М4_К) доводить зв'язок між наявністю пилку амброзії і полину в атмосферному повітрі м. Вінниці і проявами алергічних реакцій серед його мешканців.

О.А.Синенко, В.Ю.Штомпель, *Н.Г.Третяк
Полтавський базовий медичний фаховий коледж
*Полтавський державний медичний університет

АСПЕКТИ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ МЕДИКІВ

Система охорони здоров'я нашої країни потребує подальшого зміцнення первинної ланки медичної допомоги населенню. Одним із напрямків вирішення цієї проблеми є оптимізація підготовки кадрів для сімейної медицини. Майбутня професійна діяльність фахівців загальної практики пов'язана із вирішенням широкого кола питань і завдань. Серед них: превентивні заходи щодо виникнення захворювань, проведення ранньої діагностики, своєчасного лікування виявленої патології або чіткого скерування до фахівців лікувальних закладів вторинного рівня медичної допомоги, вторинна, третинна профілактика, реабілітація, експертиза працездатності . Робота ґрунтується на довгострокових особистих стосунках між сімейним лікарем, медичною сестрою і пацієнтом. Тісний і тривалий контакт з пацієнтами різних вікових груп, хворими на хронічні, часто невиліковні захворювання зі значними порушеннями життєдіяльності, онкологічними хворими, хворими на СНІД потребує особливих етико-деонтологічних підходів [3]. Це повинен добре усвідомити майбутній абітурієнт ще на етапі вибору медичної професії.

Основними концептуальними аспектами професійної діяльності фахівців первинної медико- санітарної допомоги є безперервність і холістичність. Вони передбачають медичне спостереження пацієнта на протязі всього його життя -від народження до старості, необхідність бути поруч, коли це необхідно, а також розібратися, як впливають соціально-економічні, життєво-побутові детермінанти на життя родини і її оточення [6]. Сімейний лікар і сестра медична не повинні обмежуватись тією причиною візиту, на яку вказав пацієнт, але і мають обов язково з'ясувати актуальні аспекти поведінки пацієнта відповідно до віку та епідеміологічних обставин, які можуть обумовити порушення здоров'я. Це потребує володіння певними знаннями і навичками, які необхідно набути в процесі навчання. Адже консультування пацієнта- це основа діяльності сімейного медика. В останні роки традиційна інтерпретація підходу до консультації, як патерналістського, коли лікар приймає рішення і хворий кориться, була спростована. Домінування лікаря у процесі вибору діагностично-лікувальних заходів накладає на нього відповідальність щодо цього і, не зважаючи на економію часу, врешті-решт призводить до низької ефективності консультації і незадоволення нею пацієнта.

Залучати пацієнта до процесу прийняття рішень- це можливість визнати його найкращим фахівцем із власного здоров'я, який потребує лише відповідної допомоги та інформованого вибору. Окремо слід зазначити, що тривалість такої консультації не набагато більша, ніж традиційної, а

ефективність- набагато вища. Завдання сімейного медика- не тільки виявити, існуючу проблему, як таку, але також і пов язані з нею особливості. Уміння “активно слухати “ на початку консультації гарантує її кращий результат, який виправдає очікування пацієнта, а також дозволить більш точно встановити причину звернення і виявити існуючу проблему [3].

Одним із найважливіших завдань фахівців первинної ланки охорони здоров'я, що науково обґрунтовано і визначено на законодавчому рівні, є проведення профілактичної роботи, насамперед з попередження хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ). Статистика свідчить, що ХНІЗ являються основною причиною смертності дорослого населення нашої країни [2].

Основними напрямками профілактичної медицини є формування здорового способу життя та рання діагностика ХНІЗ і чинників їх ризику з наступною своєчасною корекцією [4].

Успішність першого можлива тільки завдяки спільним зусиллям медичних і немедичних структур (міністерств, бізнесу, громадських організацій). Адже формування здорового способу життя залежить не тільки від обізнаності його основам, а й забезпечення відповідних умов. А напрямок ранньої діагностики ХНІЗ та чинників їх ризику реалізується системою охорони здоров я з провідною роллю її первинної ланки- сімейної медицини [5]. Саме сімейний лікар має можливість внаслідок тісного спілкування з кожною родиною успішно втілювати в життя профілактичні програми. Та не менш важлива роль в системі превентивної медицини належить і молодшим спеціалістам, значення яких у суспільстві неухильно зростає. За визначенням ВООЗ: “Сестринська справа включає в себе діяльність по зміцненню здоров’я, профілактику захворювань, наданню психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та психічні захворювання, а також всіх вікових груп“.

Сімейному лікарю, сестрі медичній загальної практики- сімейної медицини під час кожної зустрічі з пацієнтом рекомендовано проводити оцінку чинників ризику ХНІЗ: гіподинамії, стресу, вживання алкоголю, раціонального харчування, паління, ожиріння, обтяженого сімейного анамнезу.

У навчальних планах підготовки лікаря загальної практики і молодших спеціалістів важливе значення надається формуванню навичок діагностики та модифікації факторів ризику найбільш поширених ХНІЗ та консультуванню пацієнтів із питань здорового способу життя, проведенню тренінгів з методики цільового консультування пацієнтів. Особлива увага наділяється відпрацюванню кроків цільового консультування пацієнта-курця. Адже паління призводить до цілої низки захворювань: серцево-судинних, хвороб органів дихання, травлення, онкологічних тощо. Цільове консультування - це доказовий спосіб отримати комплайєнс з пацієнтом [6].

Важливим аспектом профілактичної медицини є забезпечення моніторингу індивідуального здоров я, донозологічна діагностика його порушень [1]. З метою раннього виявлення захворювань у пацієнтів груп ризику впроваджується діагностично-скринінговий напрямок превентивної роботи.

Серед складових профілактичної допомоги населенню важливе значення надається вторинній профілактиці хронічних захворювань, яка запобігає їх прогресуванню та обмеженню життєдіяльності пацієнтів. В цьому аспекті росте роль медичної сестри в плані освіти, підтримки контролю лікування і покращенні ефективності довгострокової терапії.

Побудова медичної освіти із урахуванням етико-деонтологічних принципів сімейної медицини, навчання основам профілактики та здорового способу життя, ефективного застосування основних профілактичних технологій дозволяє оптимізувати підготовку фахівця первинної ланки охорони здоров я, майбутня професійна діяльності яких має мету зміцнення здоров я людей і покращення демографічної ситуації в країні.

Література

1. Аспекти превентивної медицини в діяльності сімейного лікаря / В.М.Ждан, В.Ю.Штомпель, І.В.Іваницький, П.С.Штомпель // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип.1, Том (110). – С.119-122.
2. Горбась І.М. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань – реальний шлях покращення демографічної ситуації в Україні / І.М.Горбась // Здоров'я України. – 2006. – № 21/1 – С.16-17.
3. Ждан В.М. Етико-деонтологічні, правові аспекти практики сімейного лікаря / В.М.Ждан, В.Ю.Штомпель, Л.М.Шилкіна // Актуальні проблеми сучасної медицини. – Том 9, Вип.3(27), 2009. – С.205-207.
4. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини охорони здоров'я: український вимір / В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, М.В.Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1(13). – С.5-23.
5. Марчук Н.В. Обгрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини охорони здоров'я: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к.мед.н. / Н.В.Марчук. – Київ. – 2005. – 24 с.
6. Яковлева О.Г. Організація профілактичної роботи у центрі первинної медико-санітарної допомоги // Медсестринство.– 2019. – № 4. – С.22-25.

Шубкіна К.А.
виклад., Дніпровський держ. мед. ун-тет

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ІДІОЛЕКТУ ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ ВИШІВ УКРАЇНИ

Латинська мова є засобом міжкультурного та професійного спілкування в медицині. Будучи дисципліною гуманітарного циклу, вона закладає основи наукового знання та спеціальної термінології. Латинська мова займає провідне місце в номінації хвороб, хворобливих станів, методів дослідження та лікування хворих [1, с. 205].

Таким чином, більшість латинських термінів (таких як *arthritis, gastritis, stenosis, anaemia* тощо) стали інтернаціоналізмами. Навіть коли існують еквіваленти у рідній мові, лікарі обирають транслітеровані замінники латинського походження. З іншого боку, скажімо, французька мова має велику кількість синонімів, переважно з греко-латинською основою, оскільки це мова романської групи: *thérapeutique, thérapie, médecine*. Усі органи та частини тіла мають свої латинські позначення. Те ж саме стосується і назв ліків: кожна рослина має своє «науково-стандартизоване» позначення [4, с. 33].

Кінцевою метою викладання латинської МСП (Мова спеціального призначення) медицини відповідно до нормативних документів є: «застосування медичних термінів греко-латинського походження в практиці спеціаліста» [2, с. 115].

У професійному спілкуванні майбутній лікар повинен формулювати свої рекомендації й діагноз, використовуючи суто «міжнародну» лексику, вирази та ідіоми, що формують його *ідіолект*. Більшість європейських мов включають інтерпретації суто латинських виразів, що сприяли появі паремічних варіантів, таких як: лат. *De gustibus et coloribus non est disputandum* (укр. Смаки різняться) – англ. *Every man to his taste / There is no accounting for taste / Tastes differ* – фр. *Des gouts et des couleurs il ne faut pas disputer;* лат. *Amīcus optīma vitae possessio* (укр. Вірний приятель – то найбільший скарб) – англ. *A friend in need is a friend indeed / They are rich who have true friends* – фр. *Mieux vaut un ami en voie que denier en courroie* [5, с. 82].

Однак, гуманітарна підготовка не повинна обмежуватися лише граматичним чи термінологічним матеріалом. Також необхідно познайомитися з історією та стародавньою культурою (наприклад, під час підготовки доповідей стосовно проведення свят у Стародавньоми Римі та ін.). У цьому випадку студенти повинні самі встановити зв'язки й витоки сучасних культур з Античністю [5, с. 80].

Іншим методом активізації процесу засвоєння анатомічної термінології є «лінгвістична аналогія». Оскільки студенти-іноземці проводять паралелі між словником «живої» та «мертвої» мов, цей тип аналітичної роботи може бути надзвичайно корисним інструментом (лат. *basis, is f* (укр. основа) – анг. *base* – фр. *base f;* лат. *radix, icis f* (укр. корінь) – анг. *root, radical* – фр. *racine f, radical m;* лат. *oculus, i m* (укр. око) – анг. *eye, oculus* – фр. *œil m*) [3, с. 115-120].

Іншим ефективним засобом є «мозковий штурм», коли пропонується виписати рецепт в межах даних фармацевтичної задачі. Цей вид вправ стимулює критичне мислення та аналітичні здібності студентів і може бути застосовано при ознайомленні з наступними тамами: «Структура рецепту» та «Правила побудови латинської частини рецептурного рядка». [1, с. 203].

З метою популяризації вічної мови наша кафедра (кафедра мовної підготовки Дніпровського державного медичного університету) організовує олімпіаду з латинської мови, під час якої студенти мають змогу проявити не лише свої філологічні навички, а й культурні знання. Тому, велику роль у пізнанні лексико-термінологічного складу латинської мови відіграє міжкультурний аспект, у тому числі аналітичний підхід до компаративного аналізу «живої» й «мертвої» мови.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Булат Л.М., Лисунець О.В., Дідик Н.В. Сучасні інтерактивні технології викладання клінічних дисциплін у студентів стоматологічного факультету медичного вишу. *Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник УМСА*. Том 15. Вип. 1(49). С. 202–206.
2. Медицинская терминология на пяти языках. Латинский, русский, английский, французский, немецкий / сост. Г.Д. Арнаудов. София, 1964. 1030 с.
3. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко та ін. Київ : Книга плюс, 2005. 384 с.
4. Мусорин А.Ю. Преподавание латинского языка в неязыковом вузе : материалы I метод. конф. профессорско-препод. состава Института экономики и менеджмента, Новосибирск, 1999. С. 32–34.
5. Пилипів О.Г., Мисловська Л.В. Культурологічний аспект викладання латинської мови в системі університетської освіти. *Вища освіта України.* 2003. № 4. С. 80–84.

Леоненко І.М., Ковальчук Н.В., Радомська Н.Ю.,

Радомський О.А., Леоненко С.І.

ПВНЗ «Київський медичний університет», Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ У МЕДИЧНОМУ ВУЗі

Важливість контролю успішності навчання не потребує доказів. Створення і застосування об`єктивних способів оцінки професійних якостей, які формуються у студентів, дозволяють встановлювати ступінь відповідності між необхідним і існуючим рівнем професійної підготовки та розробляти засоби ліквідації невідповідності, яка була встановлена.

Існують декілька основних методів контролю знань: вільне конструювання відповіді, відповідь альтернативна та вибіркова.

Педагогіка давно шукає засоби, що покращують оєктивність контролю. Ці пошуки привели до створення тестового способу оцінки. І зараз встановлено, що об`єктивно оцінити успішність навчання можна тільки за допомогою тестів [1, с.24].

Що ж таке тест?

Тест складається з завдання та еталону його виконання. Наглядно це можна зобразити так: Т (тест) = З (завдання) + Е (еталон). Саме еталон відповіді (виконання) дозволяє об'єктивізувати оцінку, порівнюючи відповідь студента з еталоном, роблять висновок про правильність виконання завдання. Тест без еталона перетворюється на звичайне завдання, виконання якого можна оцінити тільки суб'єктивно.

До тестів пред'являють ряд вимог:

- валідність (адекватність) – повна відповідність його функції і змісту навчального матеріалу, який треба засвоїти, або практичному вмінню;

- надійність – точність, з якою тест дає близькі результати при багаторазових перевірках;

- зрозумілість – чітке і прямолінійне формулювання завдання, яке зрозуміло кожному студенту;

- однозначність – вимагає однозначної відповіді.

У процесі навчання студенти зайняті діяльністю – репродуктивною та продуктивною. Репродуктивна діяльність є копією роботи іншої людини. Продуктивна – виконується по аналогії, але в нових умовах, з елементами творчості.

В.П.Беспалько виділив 4 рівні діяльності і розробив тести для їх діагностики: І – знання–знайомства; ІІ – знання-копії; ІІІ – знання–вміння; ІV – знання-транформації (творчості). І, ІІ і ІІІ рівні відповідають репродуктивній діяльності, ІV – продуктивній. Виходячи з того, що навчальні цілі у вищій, тобто професійній школі, повинні вимагати формування вмінь використовувати знання для вирішення професійних задач, ми вважаємо, що і тести повинні діагностувати цей рівень у студентів. Тести ж банків «Кроків», з вибірковими відповідями (формат А) скоріше діагностують І рівень засвоєння. Хоча, можливо, застосовані у кількості 200 тестів на іспитах Кроків вони і дозволяють наблизитися до діагностики професійних вмінь, використання їх на практичних заняттях у невеликій кількості не дозволяє діагностувати сформованість професійних вмінь. Тому на практичних заняттях, особливо клінічних кафедр,

повинні, здебільшого, використовуватись тести, відповіді яких вільно конструюються студентами, а умовами повинні бути задачі.

Під терміном «задача» слід розуміти словесну модель конкретної ситуації, з якою майбутній лікар може зустрітися у професійній діяльності, (текстова задача), модель або реальний хворий, якого треба дослідити, побудувати діагностичну гіпотезу, провести диференціальну діагностику і вибрати відповідне лікування (безтекстова задача). Задача повинна мати формулювання умови і формулювання проблеми (завдання), яку потрібно розв'язати. Задачі можуть бути з: 1) повною умовою; 2) надлишковою умовою; 3) неповною умовою; 4) надлишком одних і браком інших умов. Для задач добре використовувати дидактично перероблені історії хвороб.

Формулювання проблеми, яку треба розв'язати, найважливіший елемент задачі, що визначає її зміст. Завдання (питання) можуть торкатися різних сторін навчальної роботи студентів: визначення вмісту речовини на кафедрі хімії, оцінка інформації про функції органів на кафедрі фізіології, постановка діагнозу на клінічних кафедрах і таке інше.

Забезпечення висхідного (базисного) рівня знань-вмінь є найважливішою умовою досягнення цілей. Висхідний (базисний) рівень формулюється також у вигляді знань-вмінь у термінах видів професійної діяльності. Для діагностики базисних знань-умінь треба використовувати набори тестів, які охоплюють усі вміння базисного рівня. Ці тести відображають вид професійної діяльності кафедри, на якій навчаються, але діагностують вміння, сформовані на попередніх кафедрах, без яких дана професійна діяльність не може бути виконана [3, с.12].

Оцінка ефективності навчання на різних етапах також потребує використання цільових тестів. Для повсякденного контролю використовуються тести на визначення видів професійної діяльності, яка виражена у вигляді конкретних цілей вивчення теми. Для рубіжного – по розділу предмета, для підсумкового (іспиту) і визначенню виживання знань - по предмету і здебільшого на загальні навчальні цілі тем. Оцінка кінцевих результатів навчання, його ефективності потребує максимальної об`єктивності.

Педагога не може задовольнити кінцевий результат вирішення задачі, тому що він може бути випадковим (вгадав), а крім того, не дає можливості прослідкувати за ходом рішення і з"ясувати на якому етапі допущена помилка. А це не дозволяє вносити корективи у навчання. Вирішенню цієї задачі допоможе виділення у кожному тесті послідовних етапів їх виконання – операцій.

Операція теста – це одне або декілька взаємоповяз`аних дій, які студент повинен виконати для вирішення задачі. Під суттєвою операцією теста розуміється тільки та, яка відображає мету перевірки. Треба підкреслити, що не існує методів, які об`єктивізувати виділення суттєвих операцій, тому виділяти їх необхідно групі експертів.

Екзаменаційний тест повинен включати задачу, яку отримує студент, і еталон її поетапного рішення, який знаходиться у викладача, з вказаними етапами її вирішення [3, с.18]. .

Досвід розробки і використання цільових тестів дозволяє вважати, що оптимальна кількість суттєвих операцій 45-50, а час, необхідний для тестування, близько 90 хвилин . Оцінку якості підготовки В.П.Беспалько вважає доцільним робити так: якщо процент правильно виконаних суттєвих

операцій 90-100 – відмінно; 80-89 – добре; 70-79 – задовільно; менше 70% - незадовільно [2, с.18].

Такий підхід оцінює кількість (процент правильно виконаних суттєвих операцій) без обліку важливості операцій для оволодіння спеціальністю і тому ми вважаємо його прийнятним не у всіх випадках. Для оцінки рішення клінічних задач головне вміння діагностувати захворювання, призначати лікування і визначати профілактику. Тому в еталонах відповідей, ми вважаємо, експертам треба виділяти суттєві операції, які відображають головні цілі теста. Наприклад, у тесті 10 суттєвих операцій, які вимагають оцінку суб'єктивних даних, визначення діагнозу і лікування. 8 операцій студент виконав правильно, а 9-ту і 10-ту – діагноз і лікування – невірно. Формально він повинен отримати оцінку «добре» (80% вірних операцій). Але навряд чи можна ставити йому хорошу оцінку, якщо не досягнуті головні цілі внаслідок невірного виконання 2-х суттєвих операцій?

У таких випадках слід вказувати номера суттєвих операцій (які відображують досягнення головних цілей теста), невиконання або невірне виконання яких, незалежно від правильного виконання інших, вимагає незадовільну оцінку.

Викладена методика тестового контролю дозволяє досить об'єктивно оцінити якість професійної підготовки і розробляти заходи для її покращення.

Література

1. Беспалько В.П. Основы теории педагогических систем. Воронеж, 1977
2. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. М., 1989
3. Гарина М.Г., Каменецкий М.С., Леоненко И.Н. Тестовый контроль в медицинском институте (методические рекомендации для преподавателей). Киев, 1984

Відомості про автора:

Ковальчук Н.В., Нова Пошта 2, с.Ходосівка, Київо-Святошинський р-н, Київська обл., тел.:+380953095375, email: dr.kovalchuk@kmu.edu.ua, кафедра анатомії, топографічної анатомії і оперативної хірургії, доцент, к.м.н., завідуюча кафедрою.

Радомський О.А., Радомська Н.Ю., Ковальчук Н.В., Леоненко І.М.
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
ПВНЗ «Київський медичний університет»

ЕЛЕКТРОНОМІКРОСКОПІЧНЕ ВИВЧЕННЯ СУДИН ВЕНОЗНИХ КЛАПТІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.

Пересадка клаптів на судинній ніжці є ефективним методом заміщення дефектів тканин. Проте значна кількість судинних ускладнень спонукає хірургів до пошуків нових способів васкуляризації тканин пересаджених комплексів.

Метою дослідження стало електрономікроскопічне вивчення гемомікроциркуляторного русла (ГМЦР) клаптів при їх пересадці на "венозній" судинній ніжці.

Для вирішення поставленого завдання проведено 8 серій дослідів на 14 клінічно здорових безпорідних собаках різної статі віком від 3 до 5 років. Загалом пересаджено 36 комплексів тканин.

Використовували три донорські ділянки для ортотопічної пересадки складних комплексів тканин на венозній судинній ніжці: медіальна поверхня стегна, зовнішня поверхня гомілки, ділянка найширшого м'яза спини. Клапоть овальної форми відділяли від оточуючих тканин за винятком судинної ніжки. Усі артеріальні судини пересікали, лишаючи виключно венозні комунікації. Моделювали проксимальну, дистальну та крізну венозну ніжку. В одній серії дослідів крізну венозну ніжку артерізували шляхом накладання артеріовенозної фістули.

Життєздатність клаптів визначали протягом 2 - 3 тижнів після операції. Периферичний кровообіг в трансплантатах вивчали як під час проведення хірургічного втручання, так і в післяопераційному періоді: спостерігали кровоточивість тканин , колір та температуру шкіри, капілярну відповідь.

Матеріал для морфологічного дослідження брали на 5, 10, 14 добу. Забір тканин проводили із центральних або периферичних ділянок пересажених комплексів.

Електрономікроскопічне вивчення судин венозних клаптів на 5-10 добу після пересадки показує, що для всіх ланок гемомікроциркуляторного русладерми властива гетерогенність ультраструктурної організації ендотеліальної підстилки.

Так, в артеріальній мережі ГМЦР часто зустрічаються мікросудини, ендотеліальні клітини яких мають різну ступінь дистрофічних і деструктивних проявів. На люмінальній поверхні таких ендотеліоцитів значно збільшена кількість клазматозних мікровиростів, які у ряді випадків досягають значних розмірів і відшнуровуються в просвіт мікросудини. Вони заповнені, як правило, масами глікогена: подібні масиви можливо спостерігати і в цитоплазмі. Ядро приймає вигляд лопати за рахунок вип'ячування каріолеми в його глибину. Спостерігається перерозподіл хроматина в бік збільшення гетерохроматина (тобто його неактивної форми) і переважного його розташування біля стінки. Розміри мітохондрій збільшені, їх матрикс просвітлений, крісти фрагментовані і часто розсмоктуються. Разом з тим, зовнішня мембрана мітохондрій переважно зберігає свою цілісність. Канальці ендоплазматичної мережі розширені, їх мембрани містять лише одиничні рибосоми.

Можливо припустити, що гіпертрофія мітохондрій і ендоплазматичної мережі обумовлена набряком цих структур, тобто пов'язана із порушенням проникності їх мембран. Разом з тим, цистерни комплексу Гольджі сплощені, що у свою чергу свідчить про зміну функціональної активності органел.

Поряд із вищезазначеними дистрофічними ендотеліоцитами зустрічаються просвітлені клітини, де цитоплазма містить лише одиничні органели. Нерідко, поряд із ними розташовуються ендотеліоцити, ультрструктурна організація яких дозволяє зробити припущення, що це малодиференційовані клітини. Вони більше округлені, товсті. В цитоплазмі збільшена кількість рибосом, полісом, канальців ендплазматичної мережі, мітохондрій, тілець Вейбеля-Паладе, окремо розташованих мікрофіламентів. В окремих випадках можливо бачити, як периферичні ділянки таких ендотеліоцитів нібито наповзають на деструктивно змінені клітини. Але часто вони утворють один прошарок ендотеліальної підстилки.

Слід також зазначити, що в даний термін спостереження зустрічаються прекапіляри, в яких ендотеліальні клітини вцілому за будовою і представництву органел у цитоплазмі нагадують контроль. Ядро таких клітин має чітко структуровану каріолему і рівномірно розташований хроматин. В їх цитоплазмі міститься значна кількість рибосом, нормальних мітохондрій, канальців в ендоплазматичній мережі.

Стосовно капілярної ланки слід зазначити, що в цей період спостереження на ультратонких зрізах їх профіль зустрічається вкрай рідко. Капіляри, як правило, звужені. Ультраструктурна організація ендотеліальних клітин свідчить про те, що вони знаходяться в активному функціональному стані. Їх ядра овальної форми із незначними інвагінаціями і рівномірно розподіленим хроматином.У цитоплазмі міститься велика кількість органел: рибосоми, ендоплазматична мережа, комплекс Гольджі, мітохандрії, облямовані пухирці, мікропіноцитозні везикули, мікрофібрили. Необхідно підкреслити, що в ендотеліоцитах капілярів збільшена кількість органел у порівнянні із контролем, які приймають участь у біосинтетичних процесах, і дещо знижена кількість структур, відповідних за трансендотеліальне перенесення речовин - мікропіноцитозних везикул. Базальна мембрана і перицитарне оточення в капілярах вцілому не відрізняється від контролю. У венулярному відрізку ГМЦР направленість змін в ендотелільному прошарку багато в чому нагадує артеріальну мережу. Так, набряклі ендотеліоцити зберігають в цитоплазмі тільки поодинокі везикули і межують із цілісними клітинами. Разом з тим, у посткапілярних венулах переважають ендотеліоцити із різним ступенем ультраструктурних змін. Їх звивиста люмінальна поверхня містить безліч мікроклазматозних виростів. Ядра нерівномірно заповнені гетерохроматином, який головним чином розташований біля стінок. Розміри мітохондрій повсюди збільшені завдяки набряку, їх матрикс і крісти розсмоктуються. Канальці ендоплазматичної мережі розширені, містять одиничні рибосоми. Число останніх в ендотеліоцитах вцілому незначне. Спостерігаються також ендотеліальні клітини із поширеними ділянками лізісу плазмолеми і виходом речовини цитоплазми в отвір мікросудини.

Дуже рідко, у порівнянні із артеріальною ланкою, відмічаються ендотеліоцити із тонкою будовою, що свідчить про їх підвищену функціональну активність. Ядра таких клітин містять рівномірно розподілений хроматин. В цитоплазмі велика кількість органел: мітохондрії, ендоплазматична мережа, комплекс Гольджі, рибосоми, секреторні гранули та інше.

На периферичних ділянках клаптя відмічається невелика кількість гемомікросудин. За ультраструктурною організацією їх неможливо віднести до певної ланки ГМЦР. Ендотеліальні клітини в таких судинах відносяться, вірогідно, до недеференційованих. Про що свідчить їх форма, будова ядра, вміст органел.

Таким чином, проведений електрономікроскопічний аналіз різних ділянок венозних клаптів показує, що мікроциркулярне русло характеризується мозаїчною картиною змін. Про це свідчить перебудова ендотеліоцитів реактивного, дистрофічного і деструктивного спрямування. При цьому у венулярному відділі дистрофічні і деструктивні зміни носять більшу розповсюдженість, а ніж в артеріальному. Разом з тим, в клапті на другому тижні після пересадки добре розвинені процеси реваскуляризації: на всіх відрізках ГМЦР спостерігаються ендотеліоцити на різних стадіях проліферації.

Відомості про автора:
Ковальчук Н.В., Нова Пошта 2, с. Ходосівка, Київо-Святошинський р-н, Київська обл., тел.:+380953095375, email: dr.kovalchuk@kmu.edu.ua, кафедра анатомії, топографічної анатомії і оперативної хірургії, доцент, к.м.н., завідуюча кафедрою.

Студентські дослідження

Ханум Адільханова, Соломія Антіпова,
Юлія Клименко, Анна Козак,
Дмитро Колбасов, Катерина Кузьміна-Зубова,
Катерина Максименко, Лілія Мельчинська,
Оксана Руднік, Ілона Свирид,
Катерина Ставицька, Інна Ясінська,
група студентів-фармацевтів Ф1902,
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ (Україна)

Погляд студентів на досвід вивчення навчального курсу «Вступ в теорію наукових досліджень» навесні 2022 р.

Вузькі рамки тез виключають критично-аналітичний вступ з доведенням актуальності всього подальшого тексту, оглядом літератури з переліком імен корифеїв, викладом головних досягнень авторів багатьох доступних завдяки Інтернету навчальних посібників різного обсягу, назви яких обов'язково включають словосполучення «наукові дослідження» ([1; 2] та ін.), формулювання головної мети, комплексу завдань, використаних методів і т.д. Тому вкажемо тільки те найголовніше, що ми набули разом з проф. К.В. Корсаком у результаті спільного виконання того варіанту навчального плану, що був запланований на 2021/2022 навчальний рік для курсу «Вступ в теорію наукових досліджень» (лекцій - 10, семінарських занять - 10, практичних занять - 20 годин).

На першій лекції ми узгодили стратегію виконання курсу - поєднати загальні теоретичні повідомлення зі спробою виконання конкретного і цілком можливого в наявних умовах наукового дослідження не для отримання серії індивідуальних рефератів і виступів, а для створення якомога більшої кількості вагомих наукових текстів, які можна було б скерувати в друк у формі колективних тез і, можливо, фахових статей. Ми погодилися з тим, що максимальну життєву і професійну користь це дослідження матиме тільки у тому випадку, коли ми далеко вийдемо за межі змісту і скерування щойно згаданих та інших навчальних посібників і підручників, а спробуємо спершу окреслити коло пріоритетних для нас тем і проблем й на цій основі використати знання К.В. Корсака для отримання відповідей на ті запитання, які входили в рубрику «великі і маленькі білі плями». Зі свого боку, К.В. Корсак вважав другим важливим пріоритетом пояснення все ще нерозпізнаного людством факту входження його у передбачену В.І. Вернадським нооеру - необмежену у часі співжиття (ноосимбіоз) людства з біосферою у тому разі,

коли всі Хомо навчаться забезпечувати себе потрібним без пошкодження середовища свого перебування.

Вже на стадії початкової орієнтації ми погодилися з тим, що у давні часи попередніх варіантів соціумів наші ровесники, як правило, вже закінчували проходження підліткового періоду і входили у початкову стадію справжнього дорослого життя. Зміни засобів життєзабезпечення Хомо в XX ст. мали наслідком дуже велике подовження Initial Education (первинної освіти) – процесу отримання формальної та всіх інших форм освіти від раннього дитинства аж до завершення необхідної у наш час пост-дипломної освіти для достатньо успішного початку професійної діяльності. Ми почули і цілком погодилися з тим, що середня світова тривалість Initial Education майже досягла позначки «20 років» і зростає кількість держав, де вона наближається до 22-23 років. Це означає, що суспільство в цілому (державні органи і навіть більшість громадян) вважає нас підлітками в суспільно-соціальному аспекті, ігноруючи наші внутрішні самооцінки, почуття, відчуття, проблеми самоствердження і т.д.

Частково це виправдано тим, що процес повної професіоналізації і значної спеціалізації головного мозку й справді не закінчується на момент отримання державних документів про вищу освіту, продовжуючись ще кілька років до закінчення головного обсягу мієлінових процесів.

Але тільки частково, адже саме на студентський вік припадає необхідність майже остаточного вибору свого індивідуального життєвого шляху, віднаходження відповідей на грандіозну кількість запитань щодо буття (від найвищих ідеалів до ставлення до найпростіших явищ оточення). Відповідей, які нам важко віднайти на основі одних тільки орієнтованих на професійну досконаліть навчальних предметів.

Тому ми позитивно сприйняли пропозицію нашого лектора проф. Корсака К.В. виконати невелике наукове дослідження, скероване на пошуки вказаних відповідей на основі його і наших знань. Ми розпочали зі складання переліку найважливіших для нас усіх спільних запитань стосовно Життя і Буття, не поминаючи й індивідуальних потреб у конкретних життєвих ситуаціях. Початкову спробу отримати подібний список найважливіших тем і запитань ми провели на першому практичному занятті й на його основі побудували наступну таблицю.

Таблиця 1

Результати анкетування студентів щодо важливих для них тем і проблем

Теми	Формулювання проблем
БУТТЯ	Що чекає Хомо в майбутньому? Коли люди себе знищать? Вплив на Хомо надрозвитку технологій Війна ─ це розумно, чи ні? Чисто науково
ФАХ	Як обрати Професію Життя? Як дізнатися про своє призначення у житті? Чи є Доля, чи збіг обставин? Як створити щось своє оригінальне? Адже ВСЕ ВЖЕ СКАЗАЛИ !
ЕМОЦІЇ	Чи спроможні чоловіки до справжнього кохання

	Як зрозуміти, що КОХАЄШ ? Причини взаємних зрад для чоловіків і жінок Чи кожен чоловік зраджує? Чому деякі сексуальні девіації сприймаються групами суспільства по-різному
ЩАСТЯ	Скільки і чого потребує Хомо для щастя? Яка риса поведінки відштовхує найбільше? Яка дружба плідніша ─ Ж+Ж чи Ж+Ч ? Причина чутливості до конкуренції. Чому такі часті суперечки і конфлікти Проблема екстремальності поведінки підлітків
ПОЛІТИКА	Війна Україна-Росія є конкуренція влад чи план винищення людей?
РЕЛІГІЯ	Чи вірити в Бога і в цілительну силу мощів під брудним склом? Чи є життя після смерті з Пеклом і Раєм?
ДЕПРЕСІЇ	Як боротися з небезпекою депресії? Як віднайти в собі рівновагу в мега-важкій буденності? Як ігнорувати зовнішні подразники Як подолати емоційне вигорання? Як знайти сили і здорову психіку на закінчення університету ? Як не втратити інтерес до навчання Що штовхає до алкоголізму? Як вирватися?
ІНШІ	Чоловіків класифікувати легко – усього дві групи. А як це зробити з жінками? Якщо жінки розумніші від чоловіків, то чому їх мало у владних структурах? Чому чоловіки і жінки такі різні? Як пережити період сепарації від родини?

Цей перший результат для конференційних тез ми не вважаємо довершеним і повним. Нам необхідно уточнювати значення окремих формулювань і, напевне, збільшувати їх кількість. Тільки у цьому разі все в сукупності можна покласти в основу великої колективної статті в міжнародне індексоване видання «Грааль науки» з науковим супроводом професора К.В. Корсака. Спираючись на спільну інформацію й ресурси Інтернету ми виявили цікавий факт семантичної нерівноваги використання слів «кохання» і «любов» та їх значення для щастя і комфортного сімейного життя. Виявилось, що у переважній більшості сучасних мов перше слово взагалі відсутнє і включене в сукупність значень слова «любов». Зроблена спроба пояснити цю виразну і дуже давню асиметрію на основі звернення до факту провідної ролі наших пращурів у появі індоєвропейської сім'ї мов та однойменної культури.

Центром нашого спільного пошуку є звернення до найновіших наукових фактів з наук про людину. Детально вивчені відкриття і пояснення нейромолекулярної природи емоції кохання, доведено її важливе значення для нормального перебігу життя чоловіків і жінок. Вказано на причини відсутності в українській освіті правдивої інформації про цінність емоції

кохання для молоді, для її сімейного і батьківського щастя. Наші спільні пропозиції полягають у рекомендації поширення в національній системі освіти обґрунтованої наукової правди про кохання і любов.

Ми сподіваємося на отримання вагомих результатів нашого критичного аналізу власних проблем і формулювання якомога більшої кількості наукових відповідей і футуристичних пропозицій.

Але не тільки футуристичних. На період виконання курсу «Вступ в теорію наукових досліджень» припав підлий напад керованої В. Путіним Російської Федерації на Україну у помилковому сподіванні на дуже швидке повторення окупації Криму, але цього разу - майже всієї території нашої Вітчизни. Ми беремо фахову участь і захисті здоров'я військових і цивільного населення, а також шукаємо пояснення всіх несподіваних подій разом з прогнозуванням минулого. Від К.В. Корсака ми почули щойно створену ним теорію здійснення нашими пращурами разом з прадавніми європейськими землеробами «першої світоглядної мета-революції - переходу Хомо від канібалізму до гуманізму» ([3] та ін.). Ми поділяємо головні позиції цього відкриття і сподіваємося в майбутньому взяти участь в його розвитку і використанні на благо України.

P.S. Зробимо наприкінці невелике зауваження щодо назви навчального курсу. За словами К.В. Корсака у навчальну частину університету навесні 2021 року був скерований проєкт курсу з назвою «Вступ у теорію ноонаукових досліджень» на 4 кредити. У ньому передбачено ґрунтовне висвітлення прогресу в національних наукових дослідженнях з акцентуванням того, що з теренів України з настанням XXI століття поширюється інформація про відкриття і перспективи використання екологічно ідеальних **ноотехнологій** (***wisetechnology***), які спроможні урятувати людство від колапсів і забезпечити в новому тисячолітті і пізніше підвищення якості і безпеки життя разом з лікуванням біосфери від усіх індустріальних пошкоджень. З невідомих причин у назві запропонованого нам у 2021/2022 н.р. навчального курсу зникли літери «ноо-», що знецінило його інноваційність і перетворило в щось цілком традиційне, що в десятках варіантів присутнє в Інтернеті. Та наше розчарування зникло практично миттєво. Вже на першому занятті ми переконалися, що проф. К.В. Корсак пропонує нам найцінніше, що може існувати - НООЗНАННЯ у варіанті правди про сьогодення і точних прогнозів на інтервал десятків років. У межах обмеженого часу нам пощастило отримати головну інформацію про сучасні ноотехнології і перспективні ноонауки та виконати колективні наукові дослідження. Їх результат - дві великих фахових статті і тези на дві міжнародні конференції.

Література

1. Романчиков В.І. **Основи наукових досліджень.** Навчальний посібник. - К.: Центр учбової літератури, 2007. - 254 с. [кН-Дсл-Романч07 z ВАК-98] 341000 80 стр
2. Стеченко Д.М., Чмир О.С. Методологія наукових досліджень: Підручник. — К.: Знання, 2005. — 309 с. [к-нД-Чмир+Стеч05 z ВАК-98] 360000 114 str ukr
3. Корсак К.В. (2022). **Неолітичні витоки формування українського архетипу та індоєвропейської культури** / *Scientific Collection «InterConf»,* (96): with the Proceedings of the 6th International Scientific and Practical Conference «Scientific Community: Interdisciplinary Research» (January 26-28, 2022). Hamburg, Germany: Busse Verlag GmbH, 2022. 1206 p. *Pp. 340-349. (URL: https://www.interconf.top/documents/2022.01.26-28.pdf)*. (URL: https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/interconf/article/view/18193/15932)

Воронюк В.І., студ., І курс мед.фак. КМУ
Симонець Є.М., к.м.н., доц.., декан мед.фак. КМУ
Рибальченко В.Ф., д.м.н., проф., Нац. мед. академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НОВА СКЛАДОВА ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Історія медичної симуляції налічує багато тисячоліть і нерозривно пов'язана з розвитком медичних знань, науково-технічного прогресу та військовими замовленнями. Так, успіхи хімічної промисловості зумовили появу пластмасових манекенів, прогрес комп'ютерних технологій визначив створення віртуальних тренажерів і симуляторів пацієнта. Багато сучасних проектів зі створення симуляторів мали прикладне військове значення і фінансувалися оборонними відомствами. Анжеліка де Кюдре увійшла в історію як Мадам дю Кудре, вона вигадала власну методику сим. тренінгу повитух за допомогою фантома. За її ескізами була виготовлена «машина» для демонстрації та відпрацювання допомоги під час пологів, згодом відома в усій Європі. Пітер Сафар розробив принципи СЛР та поділив їх на три етапи: Airway – дихальні шляхи Breathing – дихання Chest compressions - массаж грудної клітки.

Одним з основних чинників високого рівня медичного забезпечення населення є якість медичної освіти у країні. Студенти-медики випускаються з ВУЗів чудово опанувавши теорію медичної науки. Але, нажаль, викладачі не в змозі повністю забезпечити практичне засвоєння їх знань та вмінь біля ліжка пацієнта у зв'язку з етичними нормами відносин лікар-пацієнт. На даний час у Київському Медичному Університеті працює центр симуляційного навчання та оцінювання, який допомагає реалізовувати свої теоретичні знання на практиці. Симуляційний центр ПВНЗ КМУ є допомогою не тільки для студентів (1-6 курс), а й для абітурієнтів які вирішили побувати на тренінгах для покращення знань на манекенах. Починаючи з 4-го курсу студенти починають здобувати спеціалізовані навички, розподілені на основні групи: хірургія, педіатрія, акушерство та гінекологія, невідкладні стани. Та можуть демонструвати вже пройдену теорію і відточувати нові знання на практиці.

Останнім часом в Україні відбувається стрімке впровадження великої кількості віртуальних технологій в різні сфери діяльності людини. У системі вітчизняної охорони здоров'я з'явилися і широко впроваджуються різноманітні фантоми, моделі, муляжі, тренажери. Основними методами симуляційного курикулуму є інтеграція симуляційного навчання в діючу систему професійної освіти на всіх рівнях. Наявність законодавчої бази, в якій міститься норма про допуск до роботи (навчання) з пацієнтами, а також перелік обов'язкових компетенцій зі спеціальностей. Інтенсивна організація навчального процесу, модульна побудова програми імітаційного навчання і можливості для одночасного навчання різних категорій медичного персоналу. Об'єктивність атестації на основі затверджених стандартів (правил). Присутність незалежних експертів та спостерігачів при процедурах державної атестації обов'язково з числа роботодавців (професійних співтовариств), а також двох членів товариств, пов'язаних із захистом прав пацієнтів (кожен раз мінливих). Єдина система оцінки результатів симуляційного навчання (для всіх організаторів, які використовують дані симуляційні методики). Наявність системи державного

обліку результатів проходження відповідних модулів симуляційного навчання фахівцями (реєстр фахівців). Наявність системи підготовки персоналу (викладачів,інструкторів), щозабезпечує симуляційне навчання.

Еталоном відповідності для будь-якої медичної маніпуляції, за аналогією з хірургічною операцією, є ідеальне виконання. Кожен етап у системі оцінки має певну вагу в штрафні бали, розмір якої залежить від його значущості для підсумкового результату. За плюс бали не нараховуються, а за мінус – кількість штрафних балів дорівнює вазі відповідного етапу. За несвоєчасність – 50% від кількості штрафних балів відсутнього етапу. Так само за кожну секунду, витрачену на виконання навички, нараховується відповідна кількість штрафних балів. Для об'єктивності такої оцінки необхідно використовувати структуровані листи експертного контролю. Однією з найбільш поширених претензій до системи оцінки в штрафні бали є критика її «негативної» спрямованості. Дійсно, на сьогодні практично повсюдно учні намагаються набрати якомога більше «позитивних» балів: чим більше число набраних балів, тим вище оцінка. Найважливішим напрямом модернізації охорони здоров'я України є впровадження та вдосконалення надання високотехнологічних видів медичної допомоги, до яких належать і лапароскопічні методи хірургічних втручань. Водночас хірург, який виконує традиційні втручання, яким би досвідченим він не був, не може відразу перейти до проведення лапароскопічних операцій у зв'язку з необхідністю проходження відповідної підготовки. У рамках першого модуля курсанти отримують необхідні теоретичні знання, зокрема з топографічної анатомії й оперативної хірургії з використанням електронних підручників, інтерактивних електронних посібників, анатомічних моделей, у тому числі й з 3D візуалізацією. Це дозволяє підвищити мотивацію навчання й усвідомлено підійти до відпрацювання практичних навичок. На цей час накопичено достатньо знань з хірургії, які дозволяють швидко і якісно вкласти в голови і руки молодих лікарів, які навіть не володіють великим досвідом самостійного виконання традиційних хірургічних втручань, сучасні способи виконання операцій. Слід зазначити, що на цей час відсутні об'єктивні критерії, які дозволяють хірургу почати самостійне виконання хірургічних втручань. Як правило, молодий фахівець отримує допуск до виконання операцій на підставі суб'єктивної оцінки його куратора, причому критерії цієї оцінки в кожного наставника свої. На другому етапі курсанти опановують базовими навичками лапароскопічні хірургії на віртуальних симуляторах. Симуляційне навчання загалом дозволяє: Обмежити ризики як для пацієнта, так і для курсанта, мати можливість проходити значну кількість один і той самий сценарій для підвищення якості наданої допомоги, змоделювати ситуації, що потребують негайної реакції, в регіоні чи серед етнічної групи (інтенсивна терапія в умовах виявлення інфекційного захворювання, воєнного часу тощо) мінімізувати витрати.

Симуляційне навчання з акушерства та гінекології дозволяє: Розпізнати найбільш часті фактори ризику розвитку післяпологової кровотечі, наведені нижче, перерахувати найважливіші етіологічні фактори виникнення післяродової маткової кровотечі, описати найбільш складні випадки та вирішити кроки дій без допомоги спеціаліста, Визначити найбільш часті фактори ризику розвитку післяпологової кровотечі. Курсант буде здатен розпізнати протипоказання до хірургічного лікування післяродової кровотечі, що спричинена атонією матки в симуляційних умовах. Курсант має адекватно

оцінювати гемодинамічний статус та зважати на необхідний запас часу в разі проведення більш консервативної терапії. Гемодинамічно нестабільні пацієнтки мають проходити більш радикальне хірургічне лікування та інше.

У практичній діяльності лікар-педіатр нерідко має справу з гострими станами, які вимагають негайного лікування. Характер і зміст невідкладної допомоги дітям при різних клінічних станах часто становлять безпосередню загрозу життю, мають свої певні особливості. Одним з найбільш актуальних напрямів застосування симуляційного навчання є невідкладна допомога дітям: Групова підготовка всієї медичної бригади у випадках невідкладної допомоги. Професійна підготовка навичкам різних маніпуляцій з акцентом на спеціальні медичні знання в галузі педіатрії та послідовність дій.

Робоча нарада Міністерства охорони здоров'я «Стан та стратегічні напрямки розвитку медичної симуляції в Україні» відбулася на території навчально-реабілітаційного Центру « Арніка » та зібрала представників медичних університетів з усієї України. Присутні презентували здобутки у впровадженні сучасних технологій, розповідали про шляхи створення симуляційних центрів у своїх закладах, ділилися досвідом навчання на манекенах.

Ініціатива створення Центру є відповіддю на успіхи в підготовці медичних кадрів всесвітньовідомими навчальними закладами США, Канади, Ізраїлю, Японії, Німеччини, Франції, Великої Британії та інших країн. У світі вже існує більше 300 центрів моделювання, їх кількість неухильно зростає: тренд пояснюється високою ефективністю методу, яку підтвердили спеціальні дослідження і практика за майже 2 десятиліття використання даної методики. Симуляційна практика запроваджена в мед університеті Кишинева ще 2002 року.

Літом 10.06.2022 я вперше побував на дні відкритих дверей, та взнав неймовірну кількість важливих для мене речей. Тоді я вперше взнав, що таке «університетський грант», та вже 08.07.2022 вперше побував на відкритому тренінгу для абітурієнтів. Нам показали основу накладання швів, ін'єкцій, основи СЛР. Пізніше, 18.09.2022 мені подзвонили з приймальної комісії та повідомили, що я пройшов перший тур, та за допомогою тренінгів та наполегливості 30.09.2022 отримав грант.

Література

1. Горшков М. Д., Федоров А. В. Классификация симуляционного оборудования. *Виртуальные технологии в медицине.* 2012. № 2(8). С. 23–35.
2. Горшков М. Д., Федоров А. В. Экономический эффект віртуального обучения эндохирургии. *Виртуальные технологии в медицине. 2010. № 2(4).* С. 8–11.
3. Обзор рекомендаций Американской Ассоциации сердечных заболеваний по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2010 года / под ред. Mary Fran Hazinski. URL: https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317344.pdf/
4. Рибальченко В.Ф., Симонець Є.М. Сучасні технології дистанційного навчання за спеціальністю «дитяча хірургія» під час карантину. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Освіта та наука: пам'ятаючи про минуле, творимо майбутнє.* Київ-2020. С.205-208.
5. Свистунов А. А., Грибков Д. М., Шубина Л. Б. Кадровый голод как результат некачественного образования. *Качество образования*. 2012. № 9. С. 56–64.
6. Ahlborg L., Hedman L., Nisell H., Fellander-Tsai L., Enochsson L. Simulator training and non-technical factors improve laparoscopic performance among OBGYN trainees. *Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92(10):*1194–1201.

7. Balasundaram I., Aggarwal R., Darzi L.A. Development of a training curriculum for microsurgery. *British Journal Oral Maxillofac Surgery. 2010; 48(8):*598–606.
8. Cannon W.D., Nicandri G.T., Reinig K, Mevis H, Wittstein J. Evaluation of skill level between trainees and community orthopaedic surgeons using a virtual reality arthroscopic knee simulator. *Journal Bone Joint Surg Am. 2014; 96(7):*57.
9. Duncan J. R., Henderson K., Street M.et. al. Creating and evaluating a datadriven curriculum for central venous catheter placement. *The Journal of Graduate Medical Education. 2010; Sep; 2(3):*389–97.
10. Heitz C., Eyck R. T., Smith M., Fitch M. Simulation in medical student education: survey of clerkship directors in emergency medicine. *Western Journal of Emergency Medicine's; 2011; 12(4):* 455–60.
11. Spiteri A. V., Aggarwal R., Kersey T. L. et al. Development of a virtual reality training curriculum for phacoemulsification surgery. *Eye (Lond); 2014;28(1):*78–84.

Джигун А.В., студ. 1-го курсу мед.фак.
ПВНЗ «Київський медичний університет»

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ

Одним з основних чинників високого рівня медичного забезпечення населення є якість медичної освіти у країні. Однак діяльність медичних навчальних закладів стикається з численними проблемами як матеріально-технічного, так і морально-етичного та юридичного характеру. Стрімкий розвиток новітніх технологій актуалізує необхідність модернізації вітчизняної системи медичної освіти, переосмислення підходів до підготовки у вищих медичних навчальних закладах конкурентоздатних лікарів, спроможних швидко адаптуватися до змін у галузі охорони здоров'я. Одним із важливих компонентів професійної підготовки лікаря є навички фахового мовлення рідною й Іноземними мовами, що виявляються у професійно зумовлених комунікативних ситуаціях. Вивчення основ фахової комунікації передбачено освітньо-професійними програмами підготовки студентІв-медикІв.

У всі віки професія лікаря була високо шанованою. Стародавні єгиптяни дуже бережно ставилися до накопичених ними звичаїв та знань, і тому за традицією майже всі професії передавали дітям у спадщину. Жрець (так називали лікарів) навчав сина, аби той зміг замінити його на посаді. Вчителем було прийнято вважати батька, а учнем сина. У стародавній Греції Перші медичні школи були сімейними, однак згодом в них починають приймати учнів з боку. Спочатку лікарські династії розростаються в повноцінні лікарські спільноти. В медичних закладах лікування здійснювалось дієтам та фізичними вправами, їх аскетичний спосіб життя і застосовувала лікування музикою, вважаючи, що музика сама по собі гармонійна, а хвороба - це порушення гармонії. Якщо ж розглядати історію української народної медицини, то вона сягає найдавніших часів. Знахарі, відуни, повитухи, шептуни, відьмарІ-усі вони вважалися тодішніми лікарями і кожен з них мав свою сферу діяльності. Християнство забороняло різного роду відунів. їхня медицина була поза законом. Наші слов'янські племена зналися на цілющих рослинах. Так як в ті часи не було спеціалізованих навчальних закладів для отримання медичної освіти, тому свої знання вони отримували по книжкам, передаючи свої пізнання із покоління в покоління. При цьому вони були гарними лікарями, які точно знали що саме лікувати. Якщо ж при розгляді історичних аспектів

розвитку медичної деонтології, то звертає увагу те, що ще Гіппократ у III ст. до н.е. у своїй знаменитій «Клятві» першим сформулював обов'язки лікаря перед пацієнтом і систематизував правила медичної етики, які мають актуальність і в теперішній час. «Primum non nocere» («не нашкодь») - основний принцип лікування, закладений «батьком медицини» Гіппократом, що лежить у витоків лікарської етики (модель Гіппократа). І в сучасній медицині зберігається актуальність принципу «при лікуванні не завдавай шкоди». Шкода може бути завдана бездіяльністю, недбалістю, некваліфікованими діями, злими намірами.

Якщо ж брати сучасні умови навчання, то слід зауважити що у зв'язку з поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-Co2 та повномасштабної війни на території України заклади освіти почали використовувати інформаційно-комунікативні технології навчання з використанням додатків Google Classroom та GoogleMeet.

В 2019-му році коронавірусне захворювання схилило меншу частину населення земної кулі. Ця інфекційна хвороба завдала руйнівних наслідків по всім сферам діяльності в тому числі і в навчанні. А також з початком повномасштабного вторгнення російських військ на територію України було зруйновано або пошкоджено чимало закладів вищої освіти, разом Із цим вбито або покалічено велику кількість людей. Саме ці події вплинули на освітній процес у закладах вищої освіти, чим самим удосконалили його. В освітньому процесі користуватися Google Classroom та GoogleMeet є найбільш ефективним в плануванні та організації самостійної роботи студентів. Для більш зручного користуванням створили окремий Google Classroom для самостійної роботи, куди запрошуються всі студенти, які вивчають ту чи іншу дисципліну. За звичай, кожен студент в групі, має свою корпоративну адресу, створену університетом. Доцільно вказати, що використання сучасних інформаційно-комунікативних технологій дистанційного навчання під час карантинних обмежень чи військових дій в першу чергу залежить від свідомості та відношення до цієї справи самого студента, а також від співпраці та бажання викладача навчити студента.

Студенти-медики залишають ВУЗи чудово опанувавши теоретичну частину медичної науки. Але, на жаль, викладачі не в змозі в повному обсязі забезпечити практичне засвоєння їх знань та вмінь біля ліжка пацієнта у зв'язку з етичними нормами відносин лікар-пацієнт. Однак, підключивши сучасні досягнення науки І техніки, можливо нівелювати цю прірву між теорією та практикою за допомогою симуляційних центрів.

1. Симуляційний центр забезпечує студентів платформою, на якій можливо здобути необхідні знання та вміння.

2. На базі центру здійснюється симуляція невідкладних станів та забезпечується відпрацювання командної та колегіальної роботи.

3. Відпрацьовуються до автоматизму механічні навички, роботи в стресових умовах та в умовах обмеженого часу.

На теперішній час у Київському Медичному Університеті працює Центр симуляційного навчання та оцінювання, який дозволяє засвоювати та відпрацьовувати практичні навички на різноманітних манекенах та симуляторах. Таким чином, студенти по закінченні Університету підходять до реальних пацієнтів вже володіючи як загальномедичними навичками, так і специфічними для різних спеціальностей.

Проте нові вимоги до післядипломної освіти та неможливість подальшого працевлаштування з достойною заробітною платою для лікарів відлякує вступників, **які** обирають майбутню професію. Для забезпечення якісного набору вступників, підвищення рівня навчання та зацікавленості здобувачів освіти ПВНЗ «Київський медичний університет» постійно впроваджує нові складові освітнього процесу, одним з яких є постійне залучення всесвітньо відомих науковців та лікарів на наукові семінари, вебінари та лекції. В результат такої співпраці з відомими іноземними лікарями та науковцями, а також Із залученням фахівців високого рівня та статусу дозволяє залучити більшу кількість аудиторії не тільки зі студентського складу, але і лікарів та інших громадян. Чим вищий статус лікаря, тим більша зацікавленість. Студенти ж в свою чергу будуть отримувати не тільки нові знання, а й завдяки новому пізнанню цікавих та новітніх методів лікування хвороб це стимулюватиме їх в майбутньому займатись науковою діяльністю та вступати до аспірантури.

Якщо ж говорити про післядипломну освіту студентів, то слід звернути увагу на такий термін, як "життя лікаря". То що ж це таке?!

Життя лікаря - це постійний університет, який ніколи не завершується. Будь-яка зупинка в накопиченні спеціальних знань, вдосконаленні своєї клінічної майстерності, пізнанні життя для лікаря означає професійну "смерть". Найбільший вітчизняний клініцист Остроумов писав: "Вчитися все життя для користі суспільства - таке покликання лікаря".

Підводячи підсумок, доцільно вказати, що підготовка майбутніх лікарів в першу чергу залежить від прагнення самого студента стати висококваліфікованим лікарем. Медицина постійно розвивається І не стоїть на місці, а це означає, що людина яка навчається за цією спеціальністю також повинна розвиватися і двигатися тільки вперед.

Використана література:

- [Симонець Євгеній Миколайович Декан медичного факультету. "Використання інформаційно-комунікативних технологій в рамках навчання на клінічних кафедрах під час пандемії COVID-19".]
- [Юзвишин Андрій Вікторович Директор. Центр симуляційного навчання та оцінювання. Симонець Євгеній Миколайович кандидат медичних наук, доцент "Симуляційна медицина в сучасних умовах підготовки майбутнього лікаря".]
- [Симонець Євгеній Миколайович - декан медичного факультету, кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічних хвороб №1. Журба Юрій Іванович - асистент кафедри хірургічних хвороб №1, Гришков Микола Миколайович - лікар-інтерн, Ніколаевська Єлизавета Олексіївна - здобувач вищої освіти "Міжнародна інтеграція в організації освітнього процесу для здобувачів вищої освіти медичних закладів вищої освіти"]
- [Professor Wendy Reid Acting ЄЕО Health Education England "The Future Doctor Programme".]
- Formation of the personality of a future doctor through extracurricular activities at the departament of microbiology, virology and immunology: experience and perspectives.

Іршадова А.Я., здоб. вищої освіти
мед.фак., *Київський медичний університет*
Симонець Є.М., к.м.н., доцент
Київський медичний університет

СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Актуальність: Жовчнокам'яна хвороба - одна з найчастіших причин оперативних втручань та одна з найпоширеніших хірургічних патологій сучасності. За даними численних публікацій протягом XX століття, особливо другої його половини, відбувалося швидке збільшення поширеності ЖКХ. Захворюваність на холелітіаз збільшувалася майже вдвічі кожні 10 років, а каміння у жовчних шляхах виявлялося на розтинах у кожного десятого померлого незалежно від причини смерті. Зростаюча хірургічна активність щодо холелітіазу, призвела до того, що в багатьох країнах частота операцій на жовчовивідних шляхах перевершила кількість інших абдомінальних операцій, включаючи апендектомію.

Мета: Дослідити актуальні методи лікування ЖКХ з мінімумом післяопераційних ризиків.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна холецистектомія, конкременти.

ВСТУП

Існує так зване правило 5F, що описує пацієнтів із найбільшим ризиком розвитку ЖКХ:

- Female (жіноча стать);
- Fat (надлишкова маса тіла/ожиріння);
- Forty (вік 40 років і більше);
- Fertile (фертильні жінки);
- Fair (світловолосі та світлошкірі).

Діагноз ставиться на підставі клінічних даних, лабораторних та інструментальних досліджень.

УЗД у діагностиці холецистолітіазу є *абсолютно достовірним інформативним методом* у 95,4 – 99,6% хворих. Ультразвукова ехографія перевершує за своєю інформативністю холеграфію, т.к. дає можливість виявити у жовчному міхурі конкременти розміром від 0,2 см.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

Початковий перебіг ЖКХ безсимптомний, тому частіше прибігають до оперативних методів лікування. Існує IV стадії ЖКХ.

- При наявній I чи II стадії можливе виконання **екстракорпоральнаої ударно-хвильової літотрипсії**. Метод раніше використовували за суворими показаннями у вигляді самостійного способу лікування холецистолітіазу або у поєднанні з пероральною літолітичною терапією.

Літотрипсія у 30% хворих може ускладнитися гострим холециститом, у 3% гострим панкреатитом, у 2% гематомою печінки або правої нирки. Досить вузькі показання, наявність певної кількості протипоказань та

ускладнень є причиною *дуже рідкісного застосування* екстракорпоральної літотрипсії в даний час. Слід наголосити, що при використанні технології літотрипсії зусилля фахівців спрямовані на усунення наслідків захворювання, а не на причини, до того ж успішне дроблення не виключає повторного каменеутворення.

➢Також можливий **пероральний медикаментозний літоліз** препаратами жовчних кислот (при наявності холестеринових рентген прозорих конкрементів загальним розміром не більше 15 мм при збереженій скорочувальній функції жовчного міхура - доступний не більше ніж у 20% хворих).

Наявність хронічного калькульозного холециститу, холестерозу та поліпозу жовчного міхура, холецистолітіазу або гострого холециститу є *показаннями до проведення холецистектомії*.

В арсеналі хірурга, що оперує різні форми ЖКХ, на сьогоднішній день є три основні технології:

1) традиційна лапаротомна холецистектомія;

2) лапароскопічна холецистектомія;

3) холецистектомія з міні-лапаротомного доступу.

Серед планових хірургічних хворих у абсолютній більшості – це пацієнти з ЖКХ, а холецистектомія – саме розповсюджене хірургічне втручання в абдомінальній хірургії.

➢З моменту першого успішного виконання холецистектомії в Берліні в 1882 (C. Langenbuch) *традиційна холецистектомія* (ТХЕ), аж до 1987 року, залишалася, по суті, єдиним ефективним методом лікування гострого холециститу. Техніка ТХЕ за ці роки досягла своєї досконалості.

В наш час техніка **традиційної ХЕ** досягла своєї досконалості, для її виконання запропоновано понад 20 доступів. Найбільш часто застосовуються косо-поперечні та косі розрізи в правому підребер'ї по Кохеру, Федорову, Бивен-Герцену, верхня серединна лапаротомія. Довжина лапаротомії при цьому, як правило, становить 15 – 20 см. Холецистектомія, при неускладненому процесі, виконується «від шийки».

Недоліками ТХЕ є: операційна травма середньої тяжкості, що веде до парезу кишківника, порушення функції зовнішнього дихання, обмеження фізичної активності хворого; значна травма структур передньої черевної стінки (при косих та поперечних варіантах доступу - порушення кровопостачання та іннервації м'язів передньої черевної стінки), значна кількість ранніх і пізніх ранових ускладнень (післяопераційних вентральних гриж); суттєвий косметичний дефект.

➢1987 року французький хірург Philippe Moret у Ліоні виконав свою першу *лапароскопічну холецистектомію*, що після закінчення операції він сказав - "Це вперше, і, напевно, востаннє". Натомість протягом кількох років ЛХЕ була впроваджена у всьому світі і була названа "Другою Французькою Революцією". Сьогодні - ЛХЕ визнана **"золотим стандартом"** при оперативному лікуванні хворих на ЖКХ.

Перевагами ЛХЕ вважають малу травматичність втручання, меншу тривалість стаціонарного перебування, невиразність післяопераційного болю та низьку частоту дихальних ускладнень.

На даний час ЛХЕ здійсненна у 95% хворих, що страждають на ЖКХ, і є *пріоритетною* в порівнянні з іншими доступами.

Першим етапом будь-якої лапароскопічної операції є *оглядова лапароскопія*. При огляді органів черевної порожнини і малого тазу звертають увагу на стан печінки, селезінки, шлунка, сальника, петель тонкої і товстої кишок, матки і придатків.

Техніка виконання ЛХЕ досить добре відпрацьована і включає наступні основні етапи:

1) виділення жовчного міхура із зрощень з оточуючими органами;

2) виділення, кліпування і перетин міхурового протока і міхурової артерії;

3) відділення жовчного міхура від печінки;

4) вилучення жовчного міхура з черевної порожнини.

Середні цифри ускладнень при лапароскопічній холецистектомії, за даними літератури, складають 1-5,1%, досягаючи в деяких спостереженнях 24,5%. Операційна летальність знаходиться в межах 0-0,1%.

- Холецистектомія *з міні-лапаротомного доступу (МХЕ)* застосовується у тих ситуаціях, коли створення пневмоперитонеуму у пацієнтів із гострим холециститом протипоказане. Встановлюють кільцеподібний ранорозширювач, набір гачків-дзеркал та систему освітлення.
-

ВИСНОВОК

ЖКХ частіше дає симптоматику на стадіях, коли консервативне лікування не є ефективним. Хвороба є показом до оперативного втручання.

З кожним днем з'являється все більше прихильників максимально можливого скорочення числа традиційних холецистектомій. Все частіше застосовуються лапароскопічні методи.

Колективний досвід хірургів і терапевтів свідчить про частоту захворюваності ЖКХ, що постійно збільшується. Водночас відсутність єдиних принципів лікування калькульозного холециститу призводить до того, що багато пацієнтів необґрунтовано довго перебувають на амбулаторному, стаціонарному та санаторно-курортному лікуванні.

Маловиправдана надія на консервативне лікування калькульозного холециститу призводить до збільшення числа хворих похилого віку, розвитку ускладнень ЖКХ, прогресування серйозних супутніх та конкуруючих захворювань.

Проблема своєчасного лікування ЖКХ нерідко трансформується у проблему хірургічного лікування ускладнень та наслідків холелітіазу. Своєчасна операція, проведена в плановому порядку за умов спеціалізованого медичного закладу до розвитку ускладнень калькульозного холециститу, веде до значного поліпшення віддалених результатів лікування жовчнокам'яної хвороби, істотно підвищуючи якість життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. - Кировоград: «ПОЛИУМ», 2008. – 216 с.

2. Абдуллаєв Е.Г., Феденко В.В., Ходос Г.В. Роль лапароскопії в діагностиці і лікуванні гострих хірургічних зазворювань і травм черевної порожнини //Ендоскоп. Хірургія. - 2000. - №5. - С. 12-15.

3.Бабалич А.К., Фесенко В.П., Безруков О.Ф. и др. Холецистэктомия из малого доступа // Вісник морської медицини. - 2001. - №2(14). - С. 14 - 15. 10. Бабичев С.И., Воробьев В.М., Пинская

И.Я. Предупреждение и лечение нарушений внешнего дыхания и легочных осложнений после оперативных вмешательств // Хирургия. - 1974. - №5. - С. 120 - 122. 11. Бабышкин В.В., Зезин

4. Morgenstern L., Wong L., Berci G. Twelve hundred open cholecystectomies before the laparoscopic era: A standard for comparison // Arch. Surg. - 1992. - vol. 127. - P. 400 - 406.

5. Торбінський А.М., Салютін Р.В., Дмитріев Б.І., Вансович В.Є. Лапароскопічна холецистєктомія - альтернатива класичному оперативному втручанню при лікуванні гострого холециститу // Вісник морської медицини. - 2001. - №2(14). - С. 334 - 335.

Лисюк Т.А., студ. 5 курсу, мед.фак. КМУ
Симонець Є.М., к.м.н., доц.., декан мед.фак. КМУ

Хілоторакс - скупчення хілусу в плевральній порожнині.

Тригліцериди , що потрапляють з їжею, легко розщеплюються кишковими ферментами до вільних жирних кислот і легко всмоктуються у портальний кровотік. Однак великі молекули складних довголанцюгових тригліцеридів не можуть бути розщеплені цими ферментами. Вони з'єднуються з фосфоліпідами, холестерином і ефірами холестерину, утворюючи хіломікрони в порожній кишці. Потім ці великі молекули всмоктуються в лімфатичну систему тонкої кишки, утворюючи хілус.

Якщо є порушення цілісності грудної протоки, хілус, багатий молочними ліпідами, просочується до навколишніх структур. Хілоторакс утворюється при виході хілусу в плевральну порожнину внаслідок пошкодження грудної протоки.

Хілоторакс не має схильності до віку чи статі. Частота хілотораксу коливається від 0,4–4% при втручаннях на стравоході до 2,5–4,7% при вроджених серцевих втручаннях. Показники смертності та захворюваності на випадки хілотораксу становлять приблизно 10% у великих клінічних медичних центрах. Частота залежить від особливостей пацієнта (віку та супутніх захворювань) та етіології. Ранні ускладнення включають важкі кардіореспіраторні та волемічні розлади; з часом може виникнути недоїдання та імуносупресія.

Основи етіології та клінічного перебігу

Звичайним симптомом хілотораксу є задишка, спричинена накопиченням плевральної рідини. Біль у грудній клітці та лихоманка бувають рідко, оскільки хіліус не подразнює поверхню плеври.

Спонтанний хілоторакс інколи може проявлятися у вигляді раптового новоутворення на шиї. Тяжкість симптомів пов'язана зі швидкістю накопичення хілусу та розміром плеврального випоту.

Етіологію хілотораксу можна розділити на три великі категорії:

спонтанний (нетравматичний), **травматичний** та **ідіопатичний**. Останнім часом травматичний хілоторакс, особливо післяопераційний хілоторакс, становить понад 50% усіх випадків, описаних у літературі.

Нетравматичний хілоторакс може бути обумовлений наступним:

- Вроджений хілоторакс можна розглядати як ізольований стан або в поєднанні з іншими лімфатичними аномаліями, такими як лімфангіектазія,

лімфангіоматоз, туберозний склероз, вроджена вада серця або хромосомні аномалії, такі як трисомія 21 або синдром Тернера.

- Неопластичний хілоторакс . Різні види раку, такі як лімфома, хронічний лімфоїдний лейкоз, рак легенів, рак стравоходу або метастатична карцинома можуть призвести до хілотораксу. Цікаво, що останнім часом спостерігається відносне зниження частоти хілотораксу у хворих на лімфому. Ймовірно, це пов'язано з ранньою діагностикою та лікуванням лімфоми, щоб уникнути пізнього ускладнення хілотораксу.

- Інфекційний хілоторакс найчастіше зустрічається, як ускладнення туберкульозного лімфаденіту. Відомо, що хілоторакс також викликають інші інфекції: аортит, гістоплазмоз і філяріатоз.

- Рідкісні причини хілотораксу, про які повідомляється в літературі, спричинені хворобою великої рогатої худоби, саркоїдозом, саркомою Капоші, синдромом Нунана, синдромом Дауна, макроглобулінемією ,амілоїдозом, венозним тромбозом, опроміненням грудної клітини. Усі ці зареєстровані захворювання призведуть до обструкції або деструкції грудної протоки, викликаючи хілоторакс.

Навіть дієтотерапія батьків причетна до хілотораксу. Швидка інфузія парентерального харчування, що містить високу концентрацію тригліцеридів, може перевищити дренажну здатність грудної протоки, що призведе до витоку хілусу до навколишнього плеврального простору та спричинить хілоторакс.

- Травматичний хілоторакс виникає внаслідок порушення грудної протоки в будь-якому місці її ходу в середостінні. Вони можуть виникати як ускладнення хірургічного втручання або після тупої чи проникаючої травми грудної клітки.

Післяопераційний хілоторакс є найчастішою причиною хілотораксу в сучасній медицині. Ризик післяопераційного хілотораксу залежить від типу виконаної операції. Езофагостомія несе найвищий ризик післяопераційного хілотораксу від 5% до 10%, потім резекція легені з медіастинальною лімфатичною дисекцією - від 3% до 7%. Інші операції, такі як резекція пухлини середостіння, пластика грудної аневризми, симпатектомія, будь-які операції в нижній частині шиї та середостінні також несуть ризик хілотораксу.

Тупа травма грудної клітини або грудного відділу хребта може порушити грудну протоку без будь-якого явного пошкодження навколишніх структур, що призводить до хілотораксу. Хілоторакс описаний також після вибухових поранень, проникаючих поранення грудної клітки.

Ідіопатичні причини становлять майже 10% усіх випадків хілотораксу. Більшість цих ідіопатичних випадків пов'язані з недіагностованою злоякісною пухлиною.

Сучасні аспекти діагностики та лікування

- Хілоторакс часто підтверджують лише після торакоцентезу.

Діагноз хілоторакс встановлюється шляхом вимірювання рівня тригліцеридів у плевральній рідині. Якщо рівень тригліцеридів перевищує 110 мг/дл, то вірогідний діагноз хілоторакс; якщо рівень менше 50 мг/дл, то хілоторакс малоймовірний.

Коли рівні становлять від 50 до 110 мг/дл, слід провести аналіз ліпопротеїнів.

- Іншим варіантом діагностики є прийом ліпофільного барвника або радіоактивно міченого тригліцериду (131I-тріолеїну). Наявність барвника в рідині протягом 1 години або виявлення високої радіоактивності в плевральній рідині через 48 годин підтверджує наявність хілотораксу.

Лімфангіографія може допомогти визначити місце витоку чи обструкції чи проникаючої травми при спонтанному хілотораксі .

- Рентгенографія грудної клітки, яка регулярно виконується особливо у післяопераційних і травматичних пацієнтів, може виявити односторонній плевральний випіт. Хілоторакс виглядає як однорідна щільність, що обмежує реберно-діафрагмальний і серцево-діафрагмальний кути. Звичайний рентген грудної клітки не може відрізнити хілоторакс від інших причин плеврального випоту.

- Зараз розширюється використання УЗД для обстеження пацієнтів з плевропульмональною патологією. Як і інші випоти, він виглядає як рівнощільна ехогенна область без будь-яких перегородок або локалізації. Однак ультразвукове дослідження не може відрізнити хілоторакс від інших причин плеврального випоту.

- Комп'ютерна томографія більш чутлива, ніж рентген грудної клітки та ультразвукове дослідження. Звичайна КТ грудної клітини може виявити цистерну чилі приблизно в 2% випадків. Через високий вміст жиру він виглядає як трубчаста ділянка з низьким ослабленням у задньому середостінні.

- МРТ грудної клітини може виявити наявність цистерни в 100% випадків і може використовуватися для кращої оцінки хілотораксу. Однак, оскільки МРТ органів грудної клітини не є оптимальним дослідженням для торакальної патології, воно рідко використовується в клінічній практиці.

- Лімфангіографія у сучасній медицині використовується рідко через наявність менш інвазивних альтернатив з такою ж тоністю .

Пацієнтів з хілотораксом можна лікувати консервативними методами або хірургічним шляхом. Певні принципи є спільними для обох варіантів лікування, включаючи лікування основної причини, зменшення вироблення хілусу, дренування та облітерацію плевральної порожнини, забезпечення відповідної заміни рідини , харчування та встановлення необхідної респіраторної допомоги.

Вроджений хілоторакс зазвичай передбачає підтримуюче лікування та може включати торакостомічний дренаж.

Нові напрямки лікування

Хірургічне лікування зазвичай вимагає ідентифікації витоку, що може бути виконано за допомогою лімфангіографії або лімфосцинтографії. Після візуалізації місця витоку можна розробити мінімально інвазивну техніку, таку як черезшкірна емболізація грудної протоки, яка включає введення мікрокатетера та канюлювання грудної протоки за допомогою металевих емболізаційних спіралей з клеєм або без нього .

Висновок

Точна ідентифікація етіології хілотораксу є ключем до визначення «ідеального» курсу лікування для кожної людини. Більшість нетравматичних випадків можна успішно лікувати шляхом лікування основного захворювання в поєднанні з консервативним лікуванням . Травматичний хілоторакс,

незважаючи на те, що його спочатку лікують консервативно, частіше потребує хірургічного втручання для вирішення.

Оскільки хілус багатий лімфою та вільними жирними кислотами, то хілоторакс може швидко призвести до серйозного поживного та імунного дефіциту, що вимагає швидкого закриття витоку. Мінімально інвазивна VATS тепер є золотим стандартом для ідентифікації грудної протоки та забезпечує закриття місця витоку, або ж виконується повна перев'язка грудної протоки. Плевродез у поєднанні з перев'язкою грудної протоки також може бути ефективним у деяких пацієнтів і забезпечувати полегшення перед перев'язкою грудної протоки. Якщо всі методи неефективні , то можуть бути використані плевроперитонеальні шунти для контролю хілозного випоту.

Використана література

1. Schild HH, Pieper C. [Chylothorax: Current Therapeutic Options]. *Zentralbl Chir. 2019 Sep;144(S 01):*S24-S30.
2. Bradley Bender, Vijayashree Murthy, Ronald S. Chamberlain (The changing management of chylothorax in the modern era) *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, Volume 49, Issue 1, January 2016,* Pages 18–24
3. Pavlos Papoulidis, Puwalani Vidanapathirana, Joel Dunning (Chylothorax, new insights in treatment) *Submitted Aug 26, 2018. Accepted for publication Sep 11, 2018*.
4. Emanuele Asti, Stefano Siboni, Luigi Bonavina (Minimally invasive surgical management of chylothorax complicating esophagectomy) *Published: 08 December 2016*.
5. Hans Lee, MD, Rammohan Gumpeni, MD, Mukesh Jain, MD, Arunabh Talwar, MD (Chylothorax: A review of current management strategies) July 29, 2008

6.Emmet E.McGrath (Chylothorax: Aetiology, diagnosis and therapeutic options) 2009

7. (Chylothorax)Mohan Rudrappa; Manju Paul.

Перспективи дисципліни «Безпека життєдіяльності - XXI»

Корсак К.В.* д.ф.н., проф., КМУ
Бикова К.С.* старший викладач, КМУ
Веселовський С.С.* викладач, КМУ
* кафедра української та латинської мов

1. БЖ-XXI: ЯВИЩЕ ПРОВОКУВАННЯ «АЗБЕСТОВОЇ ЛИХОМАНКИ»

ВСТУПНЕ ЗАУВАЖЕННЯ

Ця і наступні чотири статті являють собою перший скромний крок до створення колективом кафедри української та латинської мов за можливою участю інших колег з КМУ перспективної навчальної дисципліни з назвою «***Безпека життєдіяльності в XXI ст.***». Сподіваємося на те, що читачі зацікавляться цим задумом і приєднаються до нього або ж висловлять поради і критичні зауваження щодо його подальшого розвитку та успіху на благо нашої молоді та всіх українців.

Початок XXI століття став переходом від деструктивних для довкілля індустріальних та інших технологій до рятівних, яких навіть зараз людство не усвідомлює належним чином (радимо виконати в Інтернеті пошук по терміну

«Nooglossary»). У цих тезах ми розглянемо не можливості екологічно ідеальних ноотехнологій (або wisetechnology), а тему «Безпека життєдіяльності ─ XXI (БЖ-21)», зміст якої міститься у назві і не потребує пояснень. Центром уваги буде потенційна небезпека для нашого благополуччя, що пов'язана з безперервним зростанням провокаційних можливостей засобів створення і поширення цифрової інформації (сукупно ─ ІКТ) разом з модернізацією традиційних ЗМІ в їх бажанні зберегти свій вплив і заробітки.

Ця загроза має зовнішнє походження, адже Україна через перебування у складі СРСР з його заборонами на створення і загальнонародне використання ІКТ змушена наздоганяти світових лідерів, що вона успішно й реалізує саме у момент створення цього тексту. Тому ми хочемо навести приклади того, як з Атлантичної цивілізації (США, Канада і провідні держави ЄС) на нас надходять хвилі інформаційного підбурення до помилкових дій під прикриттям словоблуддя і запевнень у тому, що йдеться про безмежне піклування про здоров'я наших дітей і всього населення України. З багатьох прикладів періоду нашого життя після розпаду Радянського Союзу ми обрали так звану «азбестову лихоманку», яка була започаткована у США і була пов'язана з природними тонковолокнистими мінералами ─ азбестами.

Та спершу кілька термінологічних уточнень. З цілком доступних та усе більш інформативних е-джерел легко виявити, що слово «**азбест**» походить від грецького asbestos — невгасимий (той, що горить, але не згорає), що **азбести** – представники *дуже поширеного у земній корі класу силікатів* (груп серпентину і амфіболу) й відзначаються досить високою стійкістю до нагрівання (температура плавлення близька до 1500 градусів Цельсія), опірністю до впливу переважної більшості поширених хімічних сполук (кислот, лугів та ін.). Хороші діелектричні властивості і досить низька теплопровідність дають змогу використовувати азбести у найрізноманітніших вогнестійких виробах та в ізолюючих й захисних прошарках і покриттях. Якщо додати, що азбести не належать до рідкісних гірських порід і для їх видобування, як правило, вистачає неглибоких кар'єрів, то причини давнього і дуже широкого застосування азбестів стають цілком зрозумілими.

Нагадаємо про курйозний епізод. В Україні років відновленої незалежності у межах планів поліпшення забезпечення пожежних служб сталося випробовування новітнього захисного одягу. Закінчилося воно провалом. Причина банальна: тканина (мабуть, на основі азбесту чи штучних мінеральних волокон) витримувала дуже-дуже високу температуру, а от нитки – ні. Ті згоріли вже при перших сотнях градусів нагрівання, а тому жертва творців нового захисного одягу завдячує порятунком своїй спритності і невеликій протяжності полум'я під час випробовувань.

А от у США жертв під час «азбестової лихоманки» не було (якщо не звертати увагу на втрату коштів), хоч сама вона виникла під максимально гучним і провокаційним гаслом – «Рятуймося від азбесту!»

Започаткувало «азбестову лихоманку» наприкінці 1980-х років американське Агентство захисту довкілля (Environmental Protection Agency EPA), яке в Інтернеті спершу назване частиною федеральних структур, а потім одразу ж вивищене дивним твердженням, що воно «незалежне». Насправді воно організоване для виконання американських законів і могло своїм рішенням попередити громадян про смертельну небезпеку забруднення повітря волокнами азбесту. На його основі розпочалася перевірка «на азбест»

всіх громадських і приватних шкіл США. Сотні й тисячі жахаючих і безвідповідальних публікацій у пресі швидко нав'язала більшості батьків страх за можливість виникнення раку в їхніх дітей під час спортивних занять в залах з поширеними у США ізоляційними матеріалами на основі цього дешевого, доступного і просто чудового тонковолокнистого матеріалу.

Основою такого рішення EPA стала не підтверджена жодними серйозними науковими дослідженнями дискусійна теорія «одноволоконної небезпеки». Її прихильники експресивно і щиро запевняють, що проникнення у поверхню альвеол легенів бодай одного короткого волокна азбесту з дуже високою ймовірністю призводить до утворення ракової пухлини навколо точки дії волокна.

Американська істерія досягла найвищої точки, коли EPA вирішила добиватися повної заборони азбесту й вилучення матеріалів на його основі до середини 1990-х років. Та ще задовго до цієї дати десятки тисяч робітників віддирали плити і рулони ізоляції від труб чи перегородок, замінюючи іншими матеріалами. Фахівці вважають, що прямі втрати від «боротьби» з азбестом перевищили кілька мільярдів доларів США. Якщо ж додати час вимушеного закриття «на ремонт» шкіл, спорт- і кінозалів тощо, то «азбестова лихоманка» 1986-1990 років коштувала США не менше десяти мільярдів доларів.

Найхарактернішою особливістю усіх азбестів є подільність на дуже тонкі й порожнисті волокна чималої довжини (інколи понад 20 см). Майже 95% всього добутого і використаного азбесту становить хризотил («білий азбест»). Він – безпечна для людини речовина, у час видобування і переробки якої не утворюються короткі й гості уламки волокон. Пил хризотил-азбесту містить лише «заокруглені» і вигнуті волокна-дужки. Якнайдетальніші дослідження працівників азбестових кар'єрів та їхніх рідних у Канаді й США не виявили жодних ознак якоїсь підвищеної канцерогенності волокон хризотилу порівняно з іншими видами пилу гірських порід (вугілля, мергелю тощо).

Зовсім іншими виявилися властивості пилу з «синього» і «коричневого» азбестів, що певний час видобували в Австралії та Південно-Африканській Республіці. Обидва мінерали утворювали надгострі мікроголочки, що легко проникали у тканину альвеол, викликаючи при тривалому впливі різні пошкодження (від найлегшої форми азбестозу аж до раку легенів). В окремих робітників праця з «синім» азбестом без респіратора вже за рік викликала помітне ураження легенів з утворенням передракових зон. Австралія ще на початку 1980-х років повністю припинила видобуток і використання цих видів азбесту.

Для усіх авторів цієї статті спроби інспірувати «азбестову лихоманку» в Україні цілком помітні вже з перших років її відновленої незалежності. Найбільш очевидними були дії керівника Міністерства охорони здоров'я України Уляни Супрун, яка виконувала ці функції в інтервалі з 1-08-2016 р. по 29-08-2019 р., зберігаючи статус громадянки США. Використовуючи сучасні можливості україномовного Інтернету, легко переконатися у тому, що МОЗ України 29 березня 2017 року спромоглося витворити наказ №339 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Про безпеку і захист працівників від шкідливого впливу азбесту та матеріалів і виробів, що містять азбест». Цей документ містив цілковито драконівські й не

підтверджені сучасними науками формулювання про негайну і категоричну потребу заборони виробництва і використання всіх видів азбесту, азбестових виробів і матеріалів в технологічних процесах, а також при проведенні будівельних робіт. Мета наказу – захист здоров'я всіх громадян через зниження рівня захворюваності та смертності від хвороб, що викликаються впливом азбестовмісного пилу.

Очевидно, що його повне виконання назавжди ліквідувало б в Україні виготовлення і масове використання дуже зручного і дешевого покрівельного шиферу і багатьох інших виробів з їх негайною заміною матеріалами, що не виготовлялись у нас. Але, накази, що подібні до №339, проходять у нас серйозну експертизу в інстанціях, які враховують їх комплексний вплив та усі негативні та позитивні ефекти для всього населення. У результаті на основі подання Державної регуляторної служби України від 11 серпня 2017 р. №6753/0/20-17 наше Міністерство юстиції заборонило введення в дію шкідливого і науково не обґрунтованого регулятивного наказу №339, яке породило МОЗ України під керівництвом У. Супрун.

На закінчення вважаємо доцільним розповісти усім про «зону мовчання», сформовану на Заході після виявлення шкідливого впливу вуглецевих наноголочок, хмари яких створюють всі платинові й інші «нейтралізатори газових викидів» поширених сучасних автомобілів. Коли після значного збільшення кількості випадків астми у дітей в столицях Європи вивчення поверхні альвеол їх легенів виявило грандіозні кількості цих голок, «вільні ЗМІ Заходу» затято мовчали і мовчать уже багато років про цей неприємний практично для усіх факт, адже «хотіли, як краще, а вийшло…».

Всі науковці й автоконструктори Заходу були переконані, що сотні мільйонів автомобільних нейтралізаторів значно зменшать вміст у повітрі дуже отруйного СО, сполук азоту і т.д., але ніхто не здогадався, що нейтралізатори є джерелом реально небезпечних карбонових наноголок. З усіх лідерів Заходу тільки А. Меркель, яка розрізняє поняття «ядро, атом і молекула», цілком усвідомлювала шкідливість нейтралізаторів і на закритих нарадах з автовиробниками напередодні закінчення каденції стимулювала перехід на легкові й вантажні електромобілі. У пресі йдуть повідомлення про відмови провідних фірм від традиційних моторів і перехід на електричні. Це у Німеччині поєднується з використанням «юридичних гальм» для розгортання роботи на повну потужність величезного заводу І. Маска поблизу від Берліна.

Корсак К.В.* д.ф.н., проф., КМУ
Корсак Ю.К. к.ф.н., Інститут вищої освіти НАПН України
Рихлік Л.П.* старший викладач, КМУ
Веселовська О.С.* викладач, КМУ
* кафедра української та латинської мов

2. БЖ-XXI: ПРИЧИНИ СМЕРТЕЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕЧНОСТІ СЕЛФІ

Швидка зміна науково-технологічного довкілля зумовила в XXI ст. глобальне поширення «мобільних гаджетів» з можливостями порівняно досконалих міні-комп'ютерів. Удосконалення мереж зв'язку має наслідком

«постійне перебування в мережах» й надходження справжнього океану різноманітної інформації, з якого ми у цій статті виділимо тільки фрагментик - потік повідомлень про нещастя в процесі самофотографування (селфі).

Ось випадковий вибір трьох прикладів: 1) 11 липня, на півночі Індії 11 людей загинули від удару блискавки. Трагедія сталася на вершині сторожової вежі в міському форті Амер XII-го століття, коли туристи робили селфі [1];

2) 37-річна росіянка прибула на базу відпочинку у Виксі, вирушила до розрекламованих поручнів, де вирішила зробити селфі та відправити свій портрет друзям та родичам. Поручні не витримали, жінка впала униз з триметрової висоти і померла на місці [2];

3) в Іспанії неподалік міста Бенідорм загинула 26-річна українська туристка, зірвавшись зі скелі в море під час селфі. Вона спробувала вилізти на балюстраду, однак не втрималася та впала зі значної висоти у море [3].

Та все ж найчастіше смерть зустрічає «селфістів» в момент фотографування, коли людина робить крок назад задля поліпшення ракурсу вигляду оточення.

І ще невеликий коментар у рамках тематики БЖ-XXI: якщо випадки 2) і 3) очевидні, то перший заслуговує нагадування не тільки про те, що перед грозою не варто пхатися на незахищені від блискавок узвишшя, а й попередження щодо величезної переваги площі «гірського ураження» над «польовим чи луговим». Грунт має високу електропровідність і струм проходить углиб легко, а скелі примушують його розтікатися на десятки метрів, уражуючи не одну живу істоту, а багато десятків (зрідка — навіть сотні). Як бачите, скотарство у горах має свої небезпеки. Добре, що в Карпатах вівці на полонинах мають під ногами травичку, а не відкриті скельні породи.

Селфі-смерті — безперечне «досягнення» сучасного людства. Нагадаємо, що довго після винайдення фотографія була важливим новим видом мистецтва і послуг для населення. Пізніше вдосконалилася до частини наукового інструментарію, без якого було б неможливим вивчення над швидких процесів у мікро- і ще менших світах разом з отриманням зображень мало всіх об'єктів у Всесвіті. Існувала можливість отримання фотографій самого майстра і членів його родини, але до сучасного терміну «селфі — selfie» ще було далеко і подібні фото зазвичай відносили до групи «автопортретів».

Це не був надто поширений сюжет, адже він вимагав непоганого технічного оснащення і доволі тривалої підготовки, важливою частиною якої була акуратність. У відомих нам матеріалах про старі часи не пригадується жодного випадку загибелі тих, хто робив автопортрет у приміщенні чи на природі (останнє узагалі відбувалося дуже рідко).

Селфі в поширеному сучасному значенні цього слова є звичністю тільки для «покоління Z», представники якого ніколи не змагалися між собою в бібліотеках в чергах за виключно цікавими книгами С. Лема чи братів Стругацьких, а знайомилися з життям і спілкувалися в ньому через Інтернет і соціальні мережі завдяки вервечці усе більш досконалих мобільних пристроїв, кращі з яких у момент написання цього тексту мають просто фантастичні за можливостями вбудовані фотоапарати.

Слово «фото-автопортрет» через свою надмірну довжину не мало жодних шансів на проникнення в сучасні мови і Z-сленги, тому повна перемога терміну «селфі» стала цілком залуженою через свою стисліть і точність. В

2012 році визнане річним переможцем серед новонароджених понять, а з 2013-го офіційно увійшло в усі впливові енциклопедії і словники.

Поява можливості робити «самофотки» і негайно ділитися ними і з друзями, і з усім світом створила серйозні труднощі для діяльності практично усіх ІКТ-провайдерів, чиї технічні можливості були достатніми для «трафіку» мільйонів текстових листів чи інших подібних матеріалів, але не для одночасного поширення десятків мільйонів фотографій. Та прогрес в ІКТ-сфері настільки вражаючий (по одній «світловолосіні» за секунди можна передати всі матеріали Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського), що серйозних скарг від прихильників робити селфі мало не щохвилини, схоже, не було.

Безперечно негативним явищем ми вважаємо селфі не саме по собі, а той факт що воно вже стало ефективним засобом самогубств, чого ніколи не було в епоху автопортретів. Схоже, що світ ще не має точної статистики, а тому доводиться користуватися тільки аналізом повідомлень в електронних ЗМІ. Запит на словосполучення «смертельні селфі» призвів до отримання від основного сучасного пошукача мало не півмільйона пропозицій усього різноманітного, серед чого на перше місце нахабно вилізли кілька відеоматеріалів.

Нам більш до вподоби текстове запевнення славнозвісної британської BBC (https://www.bbc.com/russian/news-45766145), що за перші шість років офіційного існування терміну «селфі» від необережного самофотографування загинуло майже 260 осіб. Утримаємося від багатьох повідомлень з України за участю наших селфі-самогубців, не будемо аналізувати рекомендації Всесвітньої організації з охорони здоров'я, яка «вславилася» проголошенням кохання серйозним ментальним збоченням і, схоже, додала до нього ще й «активне селфі», а спробуємо пояснити причину дуже поширених падінь та інших нещасть. Для цього використаємо досягнення і відкриття одразу кількох наук, які не існували у момент винайдення фотографії.

Спершу нагадаємо про те, що унаслідок десятків мільйонів років еволюції ссавців і дещо коротшого періоду розвитку людиноподібних ми володаємо приблизно сотнею поганих успадкованих рис мислення і поведінки та в дюжину раз меншою кількістю безперечно позитивних. Серед згаданої сотні знаменитий австрійський нобеліант-еколог Конрад Лоренц (1903-1989), який у своєму Заповіті «Вісім невибачальних гріхів сучасного людства» акцентував схильність Хомо до азартних змагань з подібними до себе, а також не загальмовану природними законами (для окремих біовидів вони існують) «прогресивну» гонитву всього людства наввипередки з самим собою, підстьобуючи згубний і все більш прискорений розвиток техніки.

Другим необхідним для нас фактом є нагадування про те, що Хомо є не просто «соціальною», а майже «еусоціальною» розвиненою в багатьох аспектах істотою, яка зовсім не випадково зіп'ялася на позицію володаря Землі. Еусоціальність (грец. еу — «справжній» + «соціальність») — найвищий рівень суспільної організації. Нижчими рівнями є пресоціальність, субсоціальність, парасоціальність і квазісоціальність. Еусоціальних видів на Землі надзвичайно мало (мурахи, терміти, голі землекопи й ін.) і всі вони відзначаються створенням і використанням Гнізда для вирощування нових генерацій і повноцінної життєдіяльності. Сукупність тих же термітів є насправді «надорганізмом», що поділяється на високоспеціалізовані групи з видатними спроможностями.

Наші пращури упродовж мало не двох мільйонів років вели безперервні війни з собі подібними (одних тільки «розумних» уже відкрили майже десяток), і, на наш погляд, не зникли тільки тому, що винайшли «Гніздо» і навчилися його правильно використовувати. Всі «розумні» постійно спілкувалися і вдосконалювали мозок так успішно, що той за час «гніздування» збільшився учетверо. Він став настільки великим, що виявився надмірним для Homo Sapiens Sapienses (сучасної людини), а тому поступово зменшується уже 30-40 тисяч років, розпочинаючи з часу зникнення останніх серйозних конкурентів.

Сформований потяг до змагання зі своїми й усіма «іншими» нікуди не зник і штовхає підлітків і навіть дорослих до ескалації вчинків від трохи ризикованих до цілковито безглуздих, що ми й вважаємо першою частиною нашого цілковито наукового пояснення поширення змагальної поведінки у створенні селфі та все відчутнішого потягу до «екстремальних видів спорту».

Цілком очевидним ми вважаємо другий необхідний для пояснення множинності селфі-падінь фізіологічний факт: велика сконцентрованість органів чуттів у напрямі передньої напівсфери і майже повна неспроможність сприймати важливі сигнали з боку спини. Подібна асиметрія формувалася упродовж десятків мільйонів років еволюції ссавців і попередників людини. Життя у зграї (Гнізді) і сформовані природними потягами дружні стосунки щонайменше з одним її членом пояснюють тривале існування захисту спини найближчим другом та іншими членами зграї. Доцільно просто нагадати про те, що представники багатьох біовидів, що не мають подібного колективного асиметричного захисту, «озброїлися» очима, які бачать одночасно майже усе (приклад ─ поширені в Україні зайці).

У результаті ми контролюємо найближчий простір перед собою і рідко падаємо у провалля, перебуваючи на його краю. Але під час селфі часто-густо автоматично, не міркуючи навіть на волосинку, робимо безконтрольний крок назад, виконуючи успадковану генетичну програму переконаності у тому, що простір за спиною безпечний через перебування у ньому «своїх».

І падаємо у провалля.

З точки зору теорії глобальної еволюції сучасні недоліки Хомо під час селфі матимуть неминучим наслідком вилучення частини найнеобережніших і зростання рівня скупної мудрості всіх Хомо. Тому природним чином через зміну кількох десятків поколінь селфі-падіння припиняться самі собою.

Але ми не хочемо у боротьбі з селфі чекати так довго. Ми є прихильниками «Безпеки життєдіяльності-ХХІ (БЖ-ХХІ)» і хочемо надати молоді рятівну інформацію ефективно і швидко. Тому хотіли б використання в системі обов'язкової освіти України великого курсу БЖ-ХХІ за рахунок значного скорочення інформації про останні 1500 років. Доцільніше витрачати місяці БЖ-ХХІ замість років поглибленого вивчення мало не безмежної за інформаційним обсягом історії та всього іншого «гуманістичного» за цей період.

Мріємо про підготовку молоді до максимально безпечної життєдіяльності не тільки у наші дні, а й десь через 20-30-40 років у майбутньому. Для цього упродовж усього свого життя акумулювали інформацію з багатьох наук про побутові та всі інші небезпеки, технічні аварії і катастрофи, притримуючись простого правила: всі частини й органи нашого тіла вдосконалювалися для самозахисту від наявної небезпеки і тільки головний мозок у попередників Хомо і в нього самого став таким могутнім та

унікальним для передбачення тих подій, які ще не сталися, але з високою ймовірністю можуть прийти і в найближчі дні, і в майбутньому.

У межах виконання цього завдання відповідальний автор не тільки пару разів рятував подібними прогнозами власне життя разом порятунком ще кількох осіб, але й досяг значно більшого — помітив і запропонував засоби захисту всього людства від екологічних та більшості інших загроз. Відстежуючи всі значні відкриття точних наук і головні технологічні досягнення, у момент зміни тисячоліть, пощастило в грандіозному потоці нанотехнологій помітити дві екологічно ідеальні — отримання бактеріальним способом біопластиків і перетворення нанофотокаталізації у засіб ефективного біозахисту.

Поява інших подібних мудротехнологій (або ноотехнологій), які надають людям потрібне і одночасно виліковують біосферу від індустріальних пошкоджень, мала наслідком авторську акме-статтю в антипутінському е-виданні РЕЛГА з точним прогнозом на все XXI ст. [4]. Ми Корсак К. і Корсак Ю.) також створили два «нооглосарії» — словники зі «словами з майбутнього». Все це легко розшукати в Інтернеті через пошук по слову «Nooglossary» і використати для прискорення руху України в світліше майбутнє.

Список використаних джерел

1. **В Индии 11 человек погибли от удара молнии, делая селфи** https://newsyou.info/v-indii-11-chelovek-pogibli-ot-udara-molnii-delaya-selfi 12-07-2021 кк**
2. **Умерла во время селфи** https://newsland.com/user/4297839380/content/umerla-vo-vremia-selfi/6989185 10-01-2020
3. **В Іспанії під час селфі загинула 26-річна українська туристка (Відео)** https://newsyou.info/v-ispani%d1%97-pid-chas-selfi-zaginula-26-richna-ukra%d1%97nska-turistka-video 18-09-2021
4. Корсак К. Ноофутурология XXI века: условия спасения популяции Homo Sapiens Sapienses // RELGA. 2015. 25.01. №1 [289]. URL: http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=4061&level1=main&level2=articles

Корсак К.В.* д.ф.н., проф., КМУ
Корсак Ю.К. к.ф.н., Інститут вищої освіти НАПН України
Ляліна О.О.* старший викладач, КМУ
Лущенко Т.Л.* старший викладач, КМУ
* кафедра української та латинської мов

3. БЖ-XXI: ГОЛОВНІ НЕБЕЗПЕКИ МОРСЬКИХ УЗБЕРЕЖ

Розпочнемо не з глобальних теорій й аналізу особливостей одразу всієї поверхні Землі, а з опису типової для північних українських берегів Чорного і Азовського морів ситуації, коли після вранішнього вітрового затишшя з наближенням до середини сонячного і спекотного дня посилюється прохолодний вітер з моря на сушу, створюючи усе вищі й вищі рівномірні хвилі, що накочуються на пляжі з піску чи дрібних згладжених камінчиків. Хоч ще греки помітили появу цього тимчасового денного вітру, який в умовах антициклону виникає тільки на самому узбережжі і не виявляє себе віддалік від води, але його назва «бриз» прийшла не від них, а з французької мови.

Пояснення відоме усім ще з шкільних часів: Сонце дуже швидко прогріває суходіл, нижні шари повітря стрімко піднімаються угору, а на їх місце рухається прохолодніший шар з-над моря. Спершу повільно, але невдовзі дме зі швидкістю 4-6 м/с. І своїм впливом зміщує всю поверхню води на берег, як ми здуваємо дуттям до краю мілкої тарілки надто гарячий напій чи страву.

А як вода повертається назад у море? Виявляється, що замість рівномірного й однакового по всій ширині пляжу повернення по дну, вона формує «***розривні течії***» — концентруючись у нешироки потоки в сторону моря так, як вказано на рис. 1,

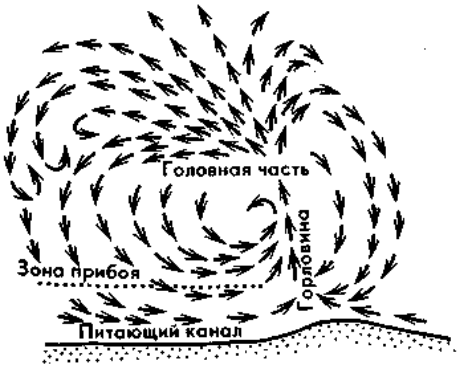


Рис. 1. Формування «розривної течії» на мілкому узбережжі теплих морів

Цей рисунок ми запозичили з великої енциклопедії (Каплин П.А. и др. Берега. — М.: Мысль, 1991, с.13). Як випливає з цього зображення, горловина струменя сформувалася біля верхівки зовсім невеликого виступу пляжу. Ця обставина і справді сприяє тому, що потік іде приблизно перпендикулярно до такого виступу. Зазвичай розривний потік має чималу швидкість (інколи – до 1,5 м/с), невелику ширину (дуже рідко – кілька десятків метрів, але десь на березі океанів) і значну дистанцію виходу в море, яка все ж набагато менша кілометра.

У дійсності розривні течії не потребують нерівномірностей лінії дотику води до суходолу. Вони обов'язково утворюються навіть на ідеально прямолінійному пляжі, ось тільки їх розташування у цьому разі є випадковим явищем і точно передбачити його неможливо. Тому кожен з людей на пляжі, який вважає себе хорошим плавцем і ризикує відпливати на кількадесят метрів, де ноги не дістають дна, несподівано для себе може опинитися саме у середині щойно сформованої струмини розривної течії.

Помітивши збільшення відстані від берега, зазвичай намагаються рухатися до нього по найкоротшій лінії, але це і втомливо, і вимагає швидкості плавання мало не на рівні майстра спорту. Незрівнянно доцільніше проплисти пару десятків метрів паралельно до лінії пляжу й опинитися у тій частині поверхні моря, що рухається до берега (щоправда – повільно). У цьому разі без перешкод і надмірних зусиль досить легко можна дістатися берега і розповісти про свої пригоди друзям. Якщо ж вперто змагатися з розривною течією, то все гарантовано закінчиться погано.

Подібні течії роблять чималий внесок у появу «матрацних капітанів» у численних випадках віднесення в море людей, які вважають ці «плавальні засоби» зручним і надійним місцем для вловлювання ультрафіолету не на гарячому піску (там у «пік сезону» може забракнути місця), а на прохолодній

воді та в комфортнішому повітрі. Легко пригадати, що упродовж літніх сезонів ЗМІ України досить часто цікавляться непоодинокими випадками кількаденного «плавання» на матрацах для пляжів. Найчастіше подібні подвиги здійснюють ті наші співвітчизники, які відпочивають на невисоких берегах Азовського і Чорного морів.

Тим, хто там ніколи не був і глибоко не задумувався над цими епізодами, подібні випадки видаються дивними. Наші шкільні знання полягають у тому, що денний бриз дме з моря на сушу, а тому він та хвилі, які накочуються з моря, мають виносити усіх розслаблених і сонних на пісочок пляжу. Як же через півгодинки-годинку сну вони опиняються за кілька кілометрів від берега?

Головна причина «відчалювання» від берегової лінії й досягнення зони ослаблення бризу й дії інших вітрів та впливу головних морських течій полягає у транспортувальних спроможностях розривних течій. Для уникнення небезпеки з цього боку людині на матраці треба не розслаблятися, а крутити головою й мало не безперервно та достатньо точно оцінювати і відстань до берега, і швидкість та напрям переміщення матрацу. Очевидно, що серед десятка кандидатів у «матрацні капітани» тільки одна особа виявиться настільки активною і передбачливою, що цінуватиме власне життя понад усе.

У разі констатації впливу розривної течії на «пневматичний плавзасіб» слід руками і ногами зміститися поза межі струмини і тільки після цього витрачати час і сили на рух до берега (якщо не зникло бажання повернутися на землю). Зауважмо, що обережність потрібна і в інший час доби, коли подібних течій не утворюється, але можливий протилежний бриз (від суші у море), якісь локальні течії та ін. Урятуватися від багатьох неприємностей усе ж легше, якщо помітити небезпеку щастить у той момент, коли розпачливі зойки «матрацних капітанів» хтось ще може почути на березі.

Побутове поширення надувних матраців на всю територію України призвело до збільшення кількості потопельників, які необачно повірили в цілковиту надійність цих «плавзасобів» і без попередніх тренувань і випробовувань ризикнули відплисти на глибші місця озер, водосховищ чи просто великих ставків. Ці люди вже стають героями повідомлень ЗМІ про нещастя і втрату життів.

Цитуємо матеріал Тетяни Сененко: «У Київській області понад добу шукають 36-річного чоловіка та його 10-річну доньку, ще одна 5-річна дівчинка загинула. Напередодні сім'я відпочивала на Київському морі. Подружжя з дітьми плавало на двох надувних матрацах. У якийсь момент подув сильний вітер і їх почало відносити далі від берега. Рятувальники розповідають, що на воді була дуже велика хвиля. Відпочивальники помітили, що сім'ї потрібна допомога. Свідки говорили, що було чутно крики, люди кликали на допомогу … Врятувати вдалося тільки жінку. Чоловіка та 10-річну дитину так і не знайшли. Водолази все ще обстежують дно» (URL: https://bigkyiv.com.ua/vodolazy-dobu-shukayut-simyu-yaku-vidneslo-na-matraczi-v-kyyivske-more/). Вже сталося кілька подібних сімейних трагедій, про що повідомляла преса.

Що тут можна сказати? Винні в усьому не рятувальники, а дорослі, які навіть не подумали над такими обставинами: 1) положення людського тіла на матраці надзвичайно нестійке, а тому мало не кожен рух веде до стійкого становища — перекидання «плавзасобу» й зміщення людини униз, а матраца угору, що й відповідає максимальній стійкості; 2) у момент перекидання пружний матрац майже напевне відштовхнеться від людини й опиниться не

над нею, а за кілька метрів. Якщо він не прив'язаний до майбутнього потопельника, то вітер з великою швидкістю рухатиме матрац у напрямі своєї дії, яка навряд чи буде скерована до людини; 3) хороші плавці отримують насолоду від власних рухів і не користуються матрацами. «Матрацні капітани» цього вміння не мають, тому й сподіваються на плавзасіб, а втративши його, швидко тонуть.

Ми переконані, що зменшити людські втрати України з вказаних вище й багатьох інших подібних причин стане можливим у разі ефективного ***викладання у школі і навіть ВНЗ одного чи й кількох предметів про безпеку життєдіяльності*** в умовах сьогодення і найближчих 20-30 років. А за відсутності подібної інформації безтурботні гості Одеси чи іншого приморського міста виходять на моли, на початки яких хлюпає вода з верхівок штормових хвиль. Їм цікаво, вони роблять селфі і просто фото «хвиль Айвазовського», не знаючи, що не «дев'ята», а 200-та чи 300-та хвиля *обов'язково матиме подвійну висоту* і змиє їх у вир з усіма жахливими наслідками (утім, це частіше відбувається в Ялті чи містах східного російського узбережжя, де окрім молів набудували набережних, які не дають воді літніх злив стікати з центрів міст у море).

Практика свідчить, що будь-які споруди на берегах (набережні для прогулянок, насипання штучних пляжів та ін.) вимагають колосальних знань не з опору матеріалів чи властивостей бетону, а одразу багатьох наук. Тільки у цьому разі споруда буде «довготривалою», а не тимчасовою — до першого серйозного шторму, схожого на той, що 14-11-1854 потопив біля Балаклави кілька десятків суден «європейського флоту», але все ж не врятував Російську Імперію від ганебної поразки.

Попередимо також про те, що кожна туристична поїздка на низенькі острови (Мальдіви, більшість островів Індонезії, атоли Тихого океану тощо) становить певний ризик, особливо, у сезон ураганів. Чи можна почуватися у безпеці та такій суші, найвища точка якої опиняється нижче рівня верхівок гігантських хвиль? Тут можна заперечити: все залежить від ширини цієї суші, адже навіть високі хвилі розбиваються на мілині і на рифах, не рухаючись углиб на сотні метрів чи кілометри. Та існує і контрзаперечення: якщо водна поверхня належить затоці, в широку частину якої входить потужний ураган, то вітер створить кількаметрової висоти «нагін», знижений атмосферний тиск додасть ще метр-другий, хвилі проникнуть на багато-багато кілометрів від стаціонарної лінії узбережжя. Саме з таким «природним щастям» змушені рахуватися мешканці узбережжя Бангладеш, де інколи урагани топили одразу сотні тисяч нещасних, які обживали новоутворені острівці у дельті Ганга-Брахмапутри.

Рамки тез не дають змоги вказати всі неприємності, які природне середовище може запропонувати недостатньо інформованим та просто необережним людям на океанічних і морських узбережжях. Достоту, їх може бути безліч, до того ж, не всі вони описані в енциклопедіях і книгах з безпеки життєдіяльності. Наприклад, акули Індійського океану страшенно зраділи, коли необізнаний громадянин СРСР сміливо занурився у воду якраз там, куди тривалий час скидали всі відходи м'ясопереробної фабрики. Підприємство ліквідували, відходів не було уже більше року, але акули все сподівалися…

І таки дочекалися…

А досить було звернутися до одного-двох місцевих рибалок!

Закінчимо нагадуванням про те, що даруючи нам мізки і нервову систему, Бог і Природа сподівалися на те, що використовуватимуться вони ***для передбачення подій, які ще не сталися***.

Корсак К.В.* д.ф.н., проф., КМУ
Бабаєвська Т.Л.* старший викладач, КМУ
* кафедра української та латинської мов

4. БЖ-XXI: МАСОВІ ЖЕРТВИ ПОБУТОВОЇ ЕЛЕКТРИКИ

Національна статистика України регулярно засвідчує збільшення кількості смертей побутового характеру в осінню пору. Не дивно, що осінь-2021 принесла свої небезпеки не тільки у вигляді локдаунів від чергового різновиду COVID-2019, а й через збільшення кількості пожеж і нещасть через коротке замикання електродротів та інше подібне. Преса отримала можливість частіше писати про загорання саморобних нагрівальних приладів, про нещастя з інноваторами, що намагалися пристосувати лінію високої напруги для… вилову риби тощо. Хоч поширення якісних електрочайників та літієвих акумуляторів поступово змінюють електробезпеку в позитивному напрямі, не зникає застосовність журналістської назви побутових електроприладів – «зброя щоденного і масового ураження».

Для зменшення подібної небезпеки бажано було б у змісті освіти у школах і ВНЗ перейти від теорій і безперервного розширення обсягу історії й інших гуманітарних предметів до надання сучасних знань про захист від усього електроустаткування.

Наприклад, зробити крок від застарілої інформації про нещастя до нової й більш актуальної. У радянські часи у книгах з викладом правил використання електроенергії проголошували цілковито унікальним випадком смерть дорослої особи від напруги, яка виявилася меншою ***від офіційно визнаних цілковито безпечними 12 вольт***. Нещастя сталося з дружиною інженера-електрика, який для живлення найпростішої охоронної сигналізації навколо ділянки з полуницями у садку біля річки використав саме згадані вольти з вторинної обмотки технічного трансформатора 220/12. Одного ранку сусіди звернули увагу на безперервне деренчання дзвінка у будиночку, де на ніч лишилася жінка. Погукавши, вони зайшли на ділянку і побачили її мертвою між полуничними рядочками.

Спеціалізована комісія визнала, що вона була уражена напругою, яка ніяк не могла перевищувати 11,5 вольт. Стоячи босо на вологій землі і прополюючи полуниці, жінка могла торкнулася ділянки неізольованого дроту якоюсь частиною шиї. Це й поклали в основу пояснення, адже дія струму могла захопити головний мозок.

Вказаний випадок зусиллями преси став загальновідомим, але не вплинув на нормативи електробезпеки. Тому для проходження струму по шляху рука-рука чи рука-нога смертельно небезпечною межею і далі вказувалися напруги понад 24-32 В.

Ці уявлення поступово розпочали вважатися помилковими під тиском нещасть на виробництві і нового «всесоюзного рекорду», встановленого у Ростові-на-Дону. Там у квартирі інженера-електрика дорослий чоловік був убитий напругою 4-5 вольт!

А сталося це ось яким чином. У новому помешканні за відсутності гарячої води господар виготовив досить складну і реально досконалу систему нагрівання для ванни. Вона складалася з силового трансформатора 220/12 вольт, спіралі з товстого реостатного дроту на керамічній трубці, яку опускали у воду, а також надійного термореле, що вимикало струм, як тільки температура води перевищувала 40 градусів Цельсія.

У пресі не сказано, хто саме одного разу не захотів чекати спрацьовування реле і вирішив виміряти температуру води власною рукою. Ця особа була знайдена мертвою біля тогочасної чавунної ванни. Одна долоня лежала на її краю, друга — опущена у воду. Виміри вказали, що дорослий чоловік був убитий напругою від 4 до 5 вольт з частотою 50 Гц (що використовується у наших квартирах).

Преса писала про «новий рекорд» менше, як про попередній, але все ж сталося зрушення принципового плану: великий колектив радянських інженерів і представників багатьох наук приступив до фундаментального вивчення дії електричних струмів на людину в усіх можливих умовах. Хороший огляд отриманих відкриттів можна знайти у великоритажній книзі В.Є. Манойлова, «Основи електробезопасности» 1991 року (це вже п'яте — поліпшене видання [1]).

Ці колективні та різноманітні дослідження включали точні виміри електричного опору тіла людини і його складових частин. У порядку зменшення від найбільшого до найменшого йдуть верхні мертві клітини поверхні сухої шкіри, жирові тканини, сухожилля, товща шкіри, м'язи, судини, нерви, які є провідниками електричних сигналів у нашому тілі. Загальний же опір усього тіла дуже залежить від психічного стану людини, рівня вологості верхнього шару шкіри, температури оточуючого повітря і навіть висоти перебування над рівнем моря.

Та найістотніше все ж те, що опір тіла людини залежить від прикладеної напруги і частоти змінного струму. Оскільки ми найчастіше маємо справу з промисловим струмом частотою 50 Гц, то деталізуємо залежність від прикладеної напруги опору тіла людини під час руху струму по шляху рука-рука чи рука-нога (це найбільш поширені випадки уражень, адже люди прополюють полуниці дуже рідко). Виміри проводилися для сухої шкіри людини і для найбільш характерних умов її контакту з дротом чи приладом під напругою.

Виявилося, що для малих напруг опір виявився досить великим, але він раптово і дуже істотно зменшувався в інтервалі 30-60 вольт, де швидкість зміни опору майже удесятеро перевищила темп зміни напруги. Це пояснюється електричним пробоєм (утворенням електропровідного містка) верхнього шару шкіри. У подальшому обгорають все глибші зони шкіри й опір все менше залежить від діючої напруги. Для великих напруг наш опір сталий і надто малий (істотно менший 1000 ом).

Набагато більший опір має наше тіло для струмів високих (понад кілька сотень герц) частот. Однак, переведення усієї електромережі на подібні підвищені стандарти практично неможливе, а тому жодна країна світу не захищає своїх громадян заміною усіх електричних генераторів, електродвигунів та електроприладів.

У дослідженнях виявили, що потенційно смертельно небезпечними слід вважати напруги понад 50 В, коли наш опір різко стає надто малим навіть у сприятливих умовах сухої шкіри. Вони ж довели, що постійний струм і

постійна напруга не такі небезпечні, як змінні. Шкідливий вплив 12 вольт за частоти 50 Гц такий самий, як 36 вольт постійної напруги. При доторканні до дроту під постійною напругою корчі м'язів найдужчі у моменти вмикання і вимикання (наростання і зникнення струму).

У випадку дії на нас напруги частотою 50 Гц більшість м'язів скелету встигають скорочуватися у такт зі струмом. На жаль, можливості м'язів серця (й інших нескелетних) не перевищують частот 5-10 Гц, тому їх нормальна праця під впливом струму промислової частоти повністю припиняється.

Але найважливішим відкриттям згаданої групи радянських експертів ми вважаємо виявлення на поверхні нашої шкіри особливо уразливих для дії струму точок і ділянок. Найнебезпечніша — зворотна поверхня долоні. Майже так само небезпечна зона сходження великого і вказівного пальців. Дві небезпечні точки на зап'ястку, три — на стопі ноги, решта точок утворюють ланцюжки уздовж кінцівок, групуються на голові та шиї (див. книгу В.Є. Манойлова [1]).

Усі ці точки співпадають з найактивнішими точками акупунктури, виявлені ще у сиву давнину лікарями Сходу і використані ними для лікування деяких хвороб методом легких уколів особливими голками. Дослідження рецепторів у цих точках довело, що вони мають низький і дуже чітко означений поріг болю. Поєднання аномально малого опору шкіри у точках акупунктури, полегшеного руху струму по пучках нервів з перетином головних нервових вузлів і особливих властивостей рецепторів пояснюють численні випадки смертельного ураження людей малими напругами, ***які ще недавно вважалися повністю безпечними***. Найчастіше це відбувалося тоді, коли промокла під дощем людина однією рукою хапалася за якусь металеву річ (наприклад – кріплення електричних ламп) під напругою 12 В, а другою рукою (чи ногами) торкалася заземленої частини обладнання. Саме так за останні 15 років існування СРСР загинули понад 60 працівниць текстильних та інших фабрик.

Знайдено (на молекулярному рівні) наукове пояснення «ефекту уваги», що полягає у 2-3 кратному підвищенні опірності тварини чи людини до дії струму в тому випадку, коли організм приготувався до його впливу і мобілізував захисні резерви.

Дослідження під мікроскопом уражених струмом нервів людини здивувало біологів: вони порозпадалися на окремі видовжені зернини, що повністю втратили зв'язок між собою. Отже, струм особливо шкідливий для волокон нервів та ядер клітин. Стали зрозумілі випадки смертельного ураження у випадку дотику до високої напруги двома пальцями однієї руки чи близькими точками ноги. Раніше вважали, що струм йде лише між цими точками й не може вразити віддалені від точок дотику основні системи людини. Насправді, потужне електричне збурення розповсюджується по усіх нервових шляхах і може вивести з ладу основні нервові вузли.

Зазнала істотних змін і методика лікування осіб, що зазнали удару струму із тимчасовою втратою свідомості. Стало очевидним, що внаслідок ураження частини нервових волокон (у тому числі — в мозку людини) лікування вимагає безпосередньої участі досвідченого невропатолога. Дістали пояснення і незрозумілі раніше випадки раптової загибелі людей, що колись були уражені струмом і позірно швидко повністю вилікувалися від наслідків електроудару.

А ось дискусія про те, з якої причини — ураження серця чи центра дихання — гине більшість людей, завершилася трохи несподівано: обидві причини однаково небезпечні. Та все ж найчастіше до смерті приводить одночасне ураження нервових центрів, що керують роботою серця і легенів.

Лишається дискусійним також питання про пороги небезпечних значень струму і напруги. Й досі більшість посібників з тематики електробезпеки наводять поріг струму (різні автори вказують від 0,025 до 0,1 ампера). Це мало що дає, бо людина, як правило, не може знати наперед, який струм пройде по ній, тим більше, що є незаперечні випадки загибелі людей від меншого у 25-100 разів струму. У кращому разі людина може здогадуватися лише про значення напруги, яка діятиме на неї.

Із сказаного вище випливає, що смертельно небезпечними є усі можливі значення напруги, з якою ми можемо зіткнутися у електричній мережі наших квартир. Потенційними убивцями є всі пристрої, увімкнені в мережу 220 В. Фактично, можливе ураження й низьковольтними акумуляторами чи навіть батарейками, якщо їх напруга якимось чином (широка відкрита рана поблизу мозку) діятиме безпосередньо на важливі нервові вузли, керування якими здійснюється у організмі електричними сигналами дуже малих напруг. Та у реальних умовах ми, звичайно, можемо не хвилюватися за життя дитини, яка грається іграшкою з живленням від кишенькових батарейок. Якщо ж ця іграшка увімкнена у електричну мережу квартири, то з дитини не можна зводити очей, а ще краще — гратися разом із нею.

Цікаве питання про найнебезпечніших електричних помічників людини. Наприкінці XX ст. йшло змагання між електричною праскою, телевізором і електрокип'ятильником. Вигравали останні двоє (увесь Київ був шокований жахливою смертю школярки, що спочатку була убита подібним спіральним електричним нагрівачем води, а потім зварена у власній ванні).

У даний момент цілковито зникли старі моделі телевізорів, що убивали володарів через смертельне отруєння надзвичайно токсичними газами, що виділяють у разі горіння численні пластикові деталі. Стали рідкістю спіральні нагрівачі води, яких витіснили якісні електрочайники. Подорожчали праски, але стали майже безпечними і рідше провокують пожежі. Але, безперечно, разом з поглибленням осені й наростанням труднощів з обігріванням житла громадяни конструюватимуть саморобні електронагрівачі. Щиро радимо конструкторам вивчити з книг та Інтернету сучасні правила електробезпеки, а перед вмиканням показати свій «шедевр» тверезому і досвідченому електромонтеру. Передбачливість та обережність мають подесятерити ті, хто живе не у сухій міській квартирі, а у сільській місцевості й сам прокладає дроти у своїй «фазенді» чи у прибудовці. За даними статистики на 100 000 дотиків до напруги у місті припадає одна смерть, а у селі — в десятки разів більше!

Нарешті стали доступними швидкодіючі автоматичні електровимикачі, що миттєво звільняють людину від дії струму, рятують безліч життів і захищають все електрообладнання від випадкового «стрибка напруги» з 220 на 370 вольт.

А у вас воно встановлене ?

І наприкінці. Не заперечуємо проти читання не тільки класичної літератури, а й пригодницьких творів усіх видів. Але все ж рекомендуємо прочитати не тільки згадане, а й якісну українську навчальну літературу ([2] та

ін.). Тоді кількість дуже «небажаних пригод» у вашому житті знизиться істотно (в ідеалі ─ до нуля).

Література.

1. Манойлов В. Е. Основы электробезопасности. — 5-е изд., перераб. и доп. — Л.: Энергоатомиздат. Ленингр. отд-ние, 1991.— 480 с. (Манойлов-електрБезп91 з прир-БООК)
2. Некос А.Н, Дудурич В. М Экология и проблемы безопасности товаров народного потребления: Учебное пособие. Изд. 2-е, перер. и допол / Под общ. ред. В.Е. Некоса. ─ Х; ХНУ имени В.Н. Каразина, 2007. ─ 380 с

Корсак К.В.* д.ф.н., проф., КМУ
Редько-Шпак Л.В.* старший викладач, КМУ
* кафедра української та латинської мов

5. БЖ-ХХІ: ПРО НЕТРИВІАЛЬНІ ВИСНОВКИ З ПЕРЕБІГУ ПАНДЕМІЇ COVID-2019

Потреба створення наступного тексту-узагальнення виникла під впливом зіткнення інформації з багатьох найновіших політичних, економічних, наукових та інших публікацій. Ми запропонуємо кілька фактів різного походження, а також наші висновки з них разом з пропозиціями (очевидно, що читачі можуть використати факти якось інакше й зробити свої висновки).

Перший факт ─ невеликий матеріал достатньо відомого серед фахівців російського політтехнолога, соціолога і соціального психолога Олексія Рощина «Ковідна паніка і кінець універсального мислення» [1] (для інтервалу 2005-2016 років Інтернет рекомендує аж 236 його важливих статей «за фахом» ─ http://politcom.ru/20623.html). Його можна прочитати в незалежному інформаційному сайті «Политком.RU», що якось доволі успішно поєднує правдивість і обережність. Процитуємо всю найважливішу частину цієї статті:

«Пандемія неймовірного COVID-2019 поступово видихається, незважаючи на судомні спроби урядів різних країн якось продовжити цей світовий жах та ще трохи понасолоджуватися режимом всесвітнього НС (надзвичайного становища). Ажіотаж невблаганно спадає, життя входить у нормальну колію – і в міру осідання пилу проступають дедалі новіші шокуючі подробиці. Людство ніби поступово приходить до тями після дивного нападу – чи то алкогольного, чи наркотичного, чи ще якогось безумства.

Якось непомітно з'ясовується, що майже все, що робили в рамках «боротьби з пандемією» уряди різних країн – і автократій, і демократій, і навіть монархій – виявилося в результаті або надмірним, або марним, або зовсім шкідливим. Світ майже два роки просидів у масках та карантинах, обколовся – і не по одному разу – наспіх спрацьованими вакцинами, придумав і встиг впровадити в життя дивовижні «ковидні перепустки». І раптово виявив, що у жителів навіть найрозвиненіших та цивілізованих країн практично відсутні найпростіші права. І навіть право пройтися вулицями або сходити перекусити в кафе необхідно доводити щодня, причому без гарантій, що влада це право за тобою визнає.

Найбільша загадка цієї пари пандемійних років: як таке взагалі виявилося можливим? Мова не про те, чому вживані заходи були здебільшого

сумнівними або зовсім помилковими – а про те, чому вони практично і не заперечувалися? Як так?

Була якась загальна причина, яку я позначаю як «загальну відмову від універсального мислення». І коріння всієї цієї масової покірності «науці» – у школі. Школа, сама система освіти у всьому світі радикально змінилися.

Справа в тому, що ще наприкінці минулого, XX століття в системі масової, тобто народної освіти, ще якимось дивом зберігався ренесансний дух Просвітництва. Адже що таке Просвітництво насправді? Навчання в його системі, як не дивно, схоже на іншу проривну ідею Нового Часу – ідею суду присяжних. В обох випадках передбачається якась принципова пізнаваність світу навіть для «нефахівця», інакше кажучи – для будь-якої людини. Якщо йому готові надавати інформацію, він зрештою зможе розібратися, що до чого – просто оскільки має деякі базові уявлення про те, як влаштований світ. Проста людина, ставши присяжним в суді і не проходячи ніякого спеціального навчання, а просто слухаючи свідків, обвинувачених, прокурора та адвоката – зуміє скласти свою думку про те, винний чи ні підсудний.

І в більш загальному випадку – ренесансне Просвітництво передбачає, що звичайна «середня людина» просто через те, що вона прослухала шкільну програму – з фізики, хімії, літератури, інформатики та географії – виявиться здатною розуміти сама, що відбувається у світі. Власне, це й була єдина причина, чому дітей у школі напихали тією ж хімією, з одного боку, і суспільствознавством – з іншого, – тобто дисциплінами, які навряд чи знадобляться потім комусь. Адже мета була – «виховати гармонійно розвинену людину».

І ось ця ідея «гармонійної людини», яка зможе, якщо захоче, в усьому розібратися сама, поступово розмивалася – і ми самі не усвідомили, як непомітні кількісні зміни вилилися у найпотужніший зсув та злам парадигми. У XXI столітті (а насправді ще раніше) «гармонійну людину» школи в більшості країн світу просто перестали виробляти.

Парадигма змінилася повністю: вже давно наші школи переорієнтувалися на виробництво спеціалістів-професіоналів. Спочатку учні по всьому світу, а потім і викладачі під їх впливом дійшли висновку, що знання стало надто складним, надто спеціалізованим, заточеним на «спеціально навчених людей». Символ «нового знання» – горезвісні чотири предмети в ЗНО, єдині, за якими сьогоднішні учні складають іспити. Інші предмети для учнів просто не існують.

«Людина маси» – не тільки у нас, а й на Заході (це з повною очевидністю засвідчив ковід) – свято впевнена, що по-справжньому знати можна лише те, що ти спеціально й довго вивчаєш. У всіх інших сферах (за межами твоїх, умовно, «чотирьох предметів») – щось розуміти не просто «важко» або «дуже затратно» – ні, це навіть непристойно» [1] (переклад К.Корсака).

Скорочуючи подальший текст О.Рощина до центральної ідеї, наголосимо на тому, що наслідком глобального поширення цього світоглядного переконання стала нічим не обґрунтована впевненість у тому, що для економії енергії і часу слід цілковито відмовитися від власного мислення і на всі 100% покладатися на інформацію, яка плине з Інтернету та ЗМІ, й розпочинається словами: «Ми спілкувалися з медиком…, вірусологом…, працівником МОЗ…, експертом…, визнаним фахівцем… і т.д». Вражає масова довірливість до всього, що знаходиться в подальшому тексті.

Адже зазвичай люди не переходять до критичного мислення й не здогадуються, що «експерт» (чи навіть справжній фахівець) надзвичайно фінансово зацікавлений у поширенні масок, тому емоційно переконуватиме нас у тому, що після відвідування одного «публічного місця» слід негайно викинути маску №1 і начепити нову №2. І так аж до кінця доби.

Тут може виникнути заперечення наших слів такого плану: совість зупинить експерта від шкідливих порад. Але чи варто засуджувати його в умовах, коли він прекрасно розуміє незначну вірулентність COVID-2019 (практично на рівні безперервних сезонних атак з боку інших вірусів «грипів») і те, що його поради не нашкодять здоров'ю слухача і матимуть наслідком лише його незначні фінансові втрати?

Інший ─ і більш переконливий сучасний приклад з теми «Міфоепідемія глобального потепління». Уявіть, що до когось з відомих і ще живих нобелівських чи інших лауреатів (а це тільки особи 3-4-го віку) приходить журналіст Times чи іншого супер-видання з відповідною оплатою за інтерв'ю. Про глобальне потепління видатний фахівець з біомолекулярних чи подібних процесів знає не більше нашого, бо не працював все життя у сфері кліматології і навіть не вивчав творів провідних кліматологів світу (а вони в 1965-1985 рр. незаперечно довели, що подвоєння-потроєння вмісту CO_2 в атмосфері цілком безпечне і не закінчиться таненням усіх льодовиків). Нобеліант, мабуть, здогадується, про це, але прекрасно розуміє й те, що йому фінансово вигідно обережно підтримати загальне переконання у міфічній небезпеці «потепління», адже ніхто і ніколи не звинуватить його у «грубій науковій помилці». Закінчимо цей абзац згадкою про те, що вже досягнута збільшена концентрація CO_2 підвищила продуктивність біосфери й істотно зменшила небезпеку тотального голоду на Землі [2].

Остання фраза ─ констатація наукового факту. Виконуючи свої фахові обов'язки перед студентами, які мріють захищати здоров'я рідних та усіх українців, ми оперуємо тільки фактами, вказуючи на їх походження і наводимо докази експериментального підтвердження. З подібних й обіцяних у вступній частині новітніх важливих фактів вкажемо тільки два.

1). Кілька днів тому світ облетіло повідомлення про те [3], що на відновленій установці з назвою «Об'єднаний європейський токамак (JET)» перевершений результат 1991 року, коли в термоядерній реакції на дейтерії та тритії фізики уперше отримали перевищення отриманої енергії над витраченою. Змушені наголосити на тому, що зусиллями нафтогазових монополій і навіть урядів фізикам з 1992 року не дали змоги активно продовжити ці дослідження. Пояснення банальне ─ так ліквідували небезпечних конкурентів на енергетичному ринку. Причин для зняття заборони можна вказати багато: епоха нафти і газу добігає кінця, Заходу не подобається енергетичний шантаж з боку Росії, світ ось-ось побудує величезний дослідницький термоядерний реактор на півдні Франції і т.д.

Цей приклад ми навели для засвідчення того, що егоїстичні інтереси блоку політиків і бізнесменів частенько мають наслідком гальмування того прогресу, якого чекають усі майже вісім мільярдів мешканців Землі. Розвиток подій навколо COVID-2019 у черговий раз нагадує і про особливості пріоритетів та діяльності політиків, і про те, що у пересічного Хомо з сотнею поганих рис поведінки не надто успішно змагається ледь дюжина хороших характеристик.

2). Попри внесення псилоцибіну до групи важких наркотиків з суворою забороною на використання і поширення, науковці останнім часом активізували його дослідження. Виявилось, що він не провокує появи різкої наркозалежності і загалом «лише трошки гірший від кофеїну». Людина реагує на нього подібно до диметилтриптаміну, який існує в нашому організмі у невеликій кількості поряд з більш відомим серотоніном, викликаючи галюцинації й інші психоделічні ефекти. Але одночасно активніший від дозволеного до використання антидепресанту (есциталопраму), який зазвичай хворі змушені приймати місяцями з невисокими позитивним результатами.

А ось недавні досліди з псилоцибіном вразили науковців тим, що після двократного прийому у 58% пацієнтів депресія зникла і не відновилася упродовж цілого року, у 17% стан поліпшився і тільки для 25% позитивна динаміка не виявлена [4]. Інші публікації про нові експерименти на мишах підтверджують високу стійкість позитивного ефекту і вказують на те, що псилоцибін швидко й дуже ефективно зумовлює значну і доволі несподівану структурну перебудову мозку. На дендритах з малою кількістю шипиків, що є наслідком депресії чи хронічних стресів, псилоцибін швидко (за добу!) збільшує густину шипиків і набагато посилює зв'язок між нейронами мозку [5].

Будемо сподіватися на те, що ВООЗ не поспішатиме з грубим перериванням подібних досліджень, адже тут досить виразна перспектива надання ефективної допомоги значній кількості наших сучасників, яких пандемії і негативні глобальні й місцеві події та явища занурюють у страх, паніку і перманентну депресію. А у даний момент, піклуючись про своє реноме і глобальний вплив, ВООЗ «авторитетно гарантує нескінченність пандемії через появу нових модифікацій ковід-вірусів».

Наприкінці наших тез доцільно повернутися до висловлених О. Рощином претензій до діяльності шкіл та всієї системи обов'язкової освіти. Скажемо не «взагалі», а конкретно.

Старше покоління населення України стало жертвою специфічних рис радянської системи навчання і виховання не лише в аспектах ідеології та розуміння визначальних понять на кшталт „суспільство", „демократія", „справедливість" та ін. Постраждали навіть фундаментальні засади індивідуального стратегічного і тактичного мислення.

Йдеться про повну відсутність у радянській школі і педагогіці методики застосування задач і проблем з множинністю правильних розв'язувань**,** подальший аналіз і класифікація яких особливо цікаві й актуальні для практичного застосування набутого на всіх рівнях освіти у житті. Це ми можемо пояснити одразу двома обставинами: 1) невисоким освітнім рівнем абсолютної більшості революціонерів і творців Радянського Союзу; 2) поширенням у XIX і більшій частині XX століття лінійно-механістичного уявлення про найбільш загальні закони влаштування Всесвіту і розвитку процесів у ньому. Однієї другої причини цілком достатньо для того, щоб зрозуміти, чому таким поширеним було переконання в тому, що ***по-справжньому правильне вирішення будь-якої суспільної чи наукової проблеми може бути одне і тільки одне***. Саме подібні погляди науковців, педагогів та всіх інших грамотних осіб у той час привели до того, що в радянській школі учні стикалися лише з безперервними вправами і простими запитання з однозначними відповідями. Всі учні знали, що слід шукати «найекономічніший» (читай – найпростіший) спосіб розв'язування математичної чи іншої задачі, бо

тільки він і є єдино правильним і вартим найвищої оцінки. За свободу мислення та оригінальність пропозицій практично завжди карали, а не хвалили…

Наслідки всього цього аж надто відчутні й досі: не лише політики, а й більшість електорату все ще вважає, що правильне рішення довільної нашої проблеми завжди просте і очевидне. Тимчасом, сучасні науки вже давно довели, що в житті зустрічаються переважно задачі з неповними даними, а отриманий первинний результат обов'язково одразу ж модифікує перебіг суспільного процесу і може скерувати його в цілком несподіваному напрямі. Давно час перейти від лінійно-механістичного світобачення до нелінійно-синергетичного, готуватися до оцінки непередбачуваного, до врахування множинності варіантів перебігу суспільних подій та впливу на них безлічі факторів, частина яких лежать у невідомих для політиків, глобалістів і так званих «прогнозистів» науках.

Ось і позитивно згаданий О. Рощин ніколи в своїх творах не використовував знань з ноонаук, не наголошував на тому, що бажане і некатастрофічне майбутнє людства ВЖЕ визначається прискоренням заміни деструктивних виробництв екологічно ідеальними ноотехнологіями (wisetechnologies). Ми вже вказували, що поширення бактеріальної ноотехнології «протеїн Fy» на всю планету назавжди ліквідує брак м'яса і незамінних білків разом з усім індустріальним тваринництвом. А оскільки подібних унікальних бактерій є чимало, то людство у найближчі роки виконає заповіт В.І. Вернадського: Люди! Навчіться самі собі виготовляти їжу і не знищуйте біосферу разом з собою!

Ми переконані, що з плином найближчих років життєзабезпечення зміниться з деструктивного на конструктивне, що зміст навчання буде орієнтований на середину XXI століття з повною відмовою від «стандартів XIX-XX ст.».

Прийде епоха ноосимбіозу людства і біосфери на основі використання десятків Noosciences&Nooarts.

Використані джерела

1. Рощин А. Ковидная паника и конец универсального мышления (URL: *https://publizist.ru/blogs/113970/42095/)* 17-02-2022
2. Березин А. Потепление сократило производительность сельского хозяйства на 21%... но только внутри башни из слоновой кости. А в реальном мире увеличило как минимум на 10% (URL: https://naked-science.ru/article/nakedscience/poteplenie-sokratilo-proizvoditelnost) 7-04-2021
3. Крижанівська Г. Кліматична криза: науковці винайшли безмежне джерело чистої енергії (URL: https://archive.eesa-journal.com/index.php/eesa/article/view/601/548) 9-02-2022
4. Березин А. Псилоцибин устойчиво обратил депрессию вспять (URL: https://naked-science.ru/article/medicine/psilocibin) 18-02-2022
5. Азарова М. Эксперимент показал, как псилоцибин помогает мозгу восстановиться после стресса (URL: https://naked-science.ru/article/biology/pomogaet-vosstanovitsya-posle-stressa?utm_source=inarticle&utm_medium=inarticle&utm_campaign=inarticle) 18-02-2022

Новітні чинники впливу на формування особистості студента-майбутнього лікаря: Матеріали XXI міжн. наук. конференції, Київ, 23 листопада 2022 р. – К.; КМУ, 2022.

«Розвиток особистості студента - майбутнього фахівця засобами медіатехнологій»
07 грудня 2022 рік: Матеріали XXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ Імені засновника ПВНЗ «Київський медичний університет» Поканевича Валерія Володимировича
Київ, 07 грудня 2022 р. – К.; КМУ, 2022. – 193с.

Підписано до друку 05.12.2022. Формат 30х42 1/4. Папір офсетний.
Гарнітура Arial. Друк офсетний.
Наклад - 100 прим.
Ціна договірна.

Друк: ФО-П Сінеко О.В.
02099, м.Київ, вул.Литвинського, 47
Тел.: (044) 501-08-99
5010899@ukr.net

КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
KYIV MEDICAL UNIVERSITY
EST.1992

ПОКАНЕВИЧ ОЛЕКСАНДР ВАЛЕРІЙОВИЧ

Президент Київського медичного університету

Магістр наук з міжнародного законодавства у сфері охорони здоров'я та менеджменту (стипендіат уряду США)

Магістр з динаміки в охороні здоров'я та соціального забезпечення (стипендіат уряду ЄС)

Магістр державного управління в сфері охорони здоров'я (Україна)

Київський медичний університет — перший приватний заклад вищої медичної освіти на пострадянському просторі, заснований у 1992 році. В 2019 році став кращим приватним закладом вищої освіти України. Наше бачення — трансформувати систему охорони здоров'я на благо людей та громад і стати національним лідером у підготовці медичних працівників.

Сьогодні сферою нашої компетенції є медична, стоматологічна та фармацевтична освіта у різних формах (стаціонарна, заочна, онлайн, дистанційна), проведення науково-просвітніх заходів та друк публікацій. КМУ імплементує останні дані доказової медицини на всіх етапах навчання та післядипломному рівнях за допомогою всіх доступних інструментів і ресурсів.

Університет об'єднує більше 3500 здобувачів вищої освіти, серед яких 700 інтернів. Біля 35 % контингенту — студенти-іноземці із 62 країн світу, що створює унікальну інтернаціональну атмосферу. Представлено три спеціальності: 222 "Медицина", 221 "Стоматологія" та 226 "Фармація, промислова фармація". Навчання відбувається на 22 кафедрах, 13 з яких – клінічні, що розміщені в державних, комунальних та приватних лікарнях. Працюють підготовчі відділення для українських та іноземних громадян. Студенти мають можливість проходити виробничу практику в Польщі та Німеччині на базі лікарень-партнерів.

Потужно представлена післядипломна освіта: інтернатура (22 спеціальності), аспірантура (14 спеціальностей), клінічна ординатура (60 спеціальностей) та докторантура. Нашим ноу-хау є можливість проходження інтернатури на базі асоційованих клінік Києва, Одеси, Дніпра та Черкас. Ми співпрацюємо майже з 60 сучасними приватними клініками: інтерни можуть обирати не лише спеціальність, але й клініку, а також мають унікальну можливість ротації.

Університет має власну сучасну стоматологічну клініку — СтоматЦентр "УНІВЕРСИТЕТСЬКИЙ". В 2018 році було відкрито філію — Харківський інститут медицини та біомедичних наук (khim.kmu.edu.ua) а в 2019 - Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я (dimh.kmu.edu.ua) з метою підготовки висококваліфікованих медичних працівників для відповідних регіонів.

Ми опікуємося розвитком сучасних компетенцій наших студентів, які допоможуть їм стати конкурентоспроможними фахівцями: в 2020 році відкрито надсучасний «Центр симуляційного навчання та оцінювання практичних навичок», «Кар'єрний центр», а також створено професійний мовний центр для фахівців галузі охорони здоров'я спільно з університетом Джорджії (США).

Завжди раді бачити вас в Київському медичному університеті!

2, вул. Бориспільська, м. Київ, Україна, 02099
Тел: +38 (044) 567-29-29
E-mail: info@kmu.edu.ua
Веб-сайт: kmu.edu.ua

ЛІКАРЯМИ НЕ НАРОДЖУЮТЬСЯ -НИМИ СТАЮТЬ У КМУ!

Omnium artium medicina nobilissima est

(Hippocrates c. 460 – c. 370 BC)

Medicine is of all the arts the most noble

(Hippocrates c. 460 – c. 370 BC)

KMU.EDU.UA
info@kmu.edu.ua
Київ-2022