

Т.О. Перцева<sup>1,2</sup>,  
О.В. Курята<sup>1,2</sup>,  
Л.І. Конопкіна<sup>1,2</sup>,  
К.О. Белослудцева<sup>1,2</sup>,  
Г.М. Стадничук<sup>3</sup>

## БЕЗПЕРЕРВНА ПРОФЕСІЙНА ОСВІТА – ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ ПІДВИЩЕННЯ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ: ДОСВІД, ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»<sup>1</sup>  
кафедра внутрішньої медицини 1  
(зав. – д. мед. н., проф. Л.І. Конопкіна)  
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
Громадська організація «Придніпровська асоціація лікарів-інтерністів»<sup>2</sup>  
Громадська організація «АРМЕД»<sup>3</sup>  
Дніпро, 49000, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»<sup>1</sup>  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
Department of internal medicine 1  
e-mail: ukrxenia@gmail.com  
Public organization “Dnipro Association of Internal Medicine Doctors”<sup>2</sup>  
Public organization “ARMED”<sup>3</sup>  
Dnipro, 49000, Ukraine  
e-mail: gleb.stadnichuk@armed.org.ua

**Цитування:** *Медичні перспективи*. 2021. Т. 26, № 1. С. 4-11

**Cited:** *Medicni perspektivi*. 2021;26(1):4-11

**Ключові слова:** *безперервна освіта, клінічний досвід, онлайн-конференція, опитування слухачів*  
**Ключевые слова:** *непрерывное образование, клинический опыт, онлайн-конференция, опрос слушателей*  
**Key words:** *continuing education, clinical experience, online conference, student survey*

**Реферат.** Непрерывное профессиональное образование – приоритетное направление повышения профессиональной компетентности врачей: опыт, достижения, проблемы и перспективы развития. Перцева Т.А., Курята А.В., Конопкіна Л.И., Белослудцева К.О., Стадничук Г.М. Непрерывное образование в разрезе повышения профессиональной компетентности врачей приобретает немалое значение. В мае 2020 года впервые в Украине в условиях карантина в связи с COVID-19 Общественной организацией «Придніпровська асоціація лікарів-інтерністів» было организовано проведение в веб-формате 2-дневной международной конференции по вопросам внутренней медицины. Целью работы было организовать, провести, определить эффективность проведения международной конференции врачей-интернистов в онлайн-формате и проанализировать результаты опроса слушателей. Для получения обратной связи лекторами была разработана анкета, в которую вошли 28 тестовых заданий. Ответы были проанализированы, рассмотрены причины возможных ошибок. Уровень усвоенных слушателями новых знаний в целом достаточно высок; впрочем, наиболее проблемными оказались вопросы современных методов диагностики в гастроэнтерологии, ЭКГ-диагностики, клинической фармакологии в кардиологии и пульмонологии. Перспективой развития системы непрерывного профессионального образования для врачей-интернистов является усовершенствование методов обучения с последующим привлечением ведущих специалистов по различным терапевтическим направлениям к освещению актуальных вопросов медицинской науки и практики.

**Abstract.** Continuing professional education – a priority direction of improving the professional competence of doctors: experience, achievements, problems and prospects. Pertseva T.O., Kuryata O.V., Konopkina L.I., Bielosludtseva K.O., Stadnichuk G.M. Continuing education in terms of improving the professional competence of doctors has a great importance. In May 2020 for the first time in Ukraine under conditions of quarantine connected with COVID-19 the Prydniprovsk Association of Internal Medicine Doctors organized a 2-day international conference on internal medicine in a web format. The purpose of the work was to organize, conduct, determine the effectiveness of the international conference of internists in online format and analyze the results of the survey of students. A questionnaire which included 28 test tasks was developed to obtain a feedback from the lecturers. The answers were

*analyzed and the reasons for possible errors were considered. The level of knowledge acquired by students is generally quite high; however, the most problematic issues were the most modern diagnostic methods in gastroenterology, ECG diagnostics, clinical pharmacology in cardiology and pulmonology. The prospect of developing a system of continuing professional education for internists is to improve teaching methods with the subsequent involvement of leading specialists in various therapeutic areas to cover current issues of medical science and practice.*

Концепція безперервної освіти, яка в наші дні все частіше привертає увагу світової громадськості, не є новою. Уперше вона набула свого наукового обґрунтування ще в 60-ті роки ХХ століття. Серед видатних теоретиків цієї проблеми провідне місце посідає відомий французький мислитель і філософ освіти Поль Ленгранд (Paul Lengrand). На жаль, у нашій країні про діяльність і заслуги його майже нічого не відомо. Основні ж положення концепції П.Ленгранда викладені в монографії «Введення у неперервну освіту», яка була опублікована ще 1975 року [11]. Саме відтоді ідеї безперервної освіти в різних галузях науки й практики швидко завоювали своїх прихильників та набували різних форм [1, 2, 3, 7, 8, 10, 12].

Відаючи належне багатьом науковим школам, слід зазначити, що питання актуальності безперервної освіти в розрізі підвищення професійної компетентності лікарів сьогодні набуває неабиякого значення. Це пов'язано з тим, що медичні технології постійно змінюються, наробки і знання невпинно оновлюються, результати фундаментальних досліджень доповнюють існуючу інформацію, нерідко змінюючи наші уявлення про ті чи інші процеси в організмі людини, а клінічний досвід потребує ретельного аналізу та глибокого і всебічного переосмислення.

Одним із методів оновлення знань як практикуючих лікарів, так і медиків-науковців є залучення їх до різних науково-практичних заходів: конференцій, симпозіумів, конгресів, з'їздів, семінарів, майстер-класів, «круглих столів» тощо. Адже саме в колі фахівців-однодумців можна отримати нові знання, обговорити складні питання, долучитись до основ світової практики, торкнутись поки що не вирішених проблем та, зрештою, змінити існуючі парадигми.

На жаль, в умовах всесвітньої пандемії коронавірусної хвороби (*англ.* coronavirus disease-19 (COVID-19)) проведення багатьох заходів виявилось неможливим. Утім, зустріч фахівців у онлайн-форматі з гарною відеотрансляцією може мати багато переваг: одночасне залучення до аудиторії великої кількості слухачів з різних регіонів і навіть країн, економія часу учасників на приїзд-від'їзд, можливість у чаті поставити тому чи іншому лекторові запитання й одразу отримати на нього відповідь, а за необхідності –

переглянути будь-яку лекцію чи то доповідь, записану та викладену на інтернет-платформах.

Таким чином, метою нашої роботи було організувати, провести, визначити ефективність проведення міжнародної конференції лікарів-інтерністів в онлайн-форматі та проаналізувати результати опитування слухачів з визначенням рівня засвоєних ними нових знань під час прослуховування лекцій і доповідей.

У травні 2020 року вперше в Україні в умовах карантину у зв'язку з COVID-19 Громадською організацією «Придніпровська асоціація лікарів-інтерністів» було організовано проведення у веб-форматі 2-денної міжнародної конференції з питань внутрішньої медицини.

Заходи конференції проводились у двох напрямках. Протягом першого і другого днів були прочитані наукові лекції й доповіді стосовно актуальних питань теоретичної медицини з пульмонології, кардіології, ревматології, гастроентерології, ендокринології, гематології, загальної практики – сімейної медицини, алергології, нефрології, фтизіатрії, а протягом другого дня – ще й проведені тренінги з опанування практичних навичок у різних сферах практичної медицини. Більшість вітчизняних лекторів і доповідачів – провідні фахівці Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».

Для отримання зворотного зв'язку із слухачами, а також для визначення рівня засвоєних ними нових знань і з'ясування найбільш проблемних питань внутрішньої медицини лекторами була розроблена анкета, до якої увійшло 28 тестових завдань. До кожного завдання додавалось по 5 відповідей-дистракторів, а опитуваним необхідно було обрати лише одну правильну відповідь.

Аналіз відповідей на тестові завдання був проведений з використанням методів біометричної статистики [5], після чого були ретельно проаналізовані відповіді на кожне завдання та розглянуті причини можливих помилок.

Для участі в конференції в якості слухачів на спеціальній веб-платформі заздалегідь було викладено програму заходу. Протягом наступних 3-х днів було зареєстровано 4750 потенційних учасників, із них: 4484 (94,4%) – мешканці України, 74 (1,6%) жителі Республіки Білорусь, 87 (1,8%) – Республіки Молдова, 47 (1,0%) –

Республіки Казахстан та 58 (1,2%) – Республіки Узбекистан. Така велика кількість бажаючих взяти участь у форумі свідчить про високу зацікавленість лікарів-інтерністів тематикою заходу, причому не лише в Україні.

Перша секція в перший день конференції була присвячена питанням пульмонології, у рамках якої були прочитані лекції членом-кореспондентом НАМН України Т.О. Перцевою та професорами Є.М. Дитятковською й Л.І. Конопкіною (м. Дніпро), співавторами доповідей стали доценти Т.В. Кіреєва і К.О. Белослудцева. Наступні лекційні блоки стосувались сучасних алгоритмів лікування остеоартриту (лектори – професори Олів'є Брюер з Бельгії й М.Ф. Сорока з Республіки Білорусь) та питань сучасної гастроентерології (лектори – професори Ю.М. Степанов (м. Дніпро), І.М. Скрипник (м. Полтава), О.Є. Гріднев (м. Харків) і С.І. Цуркан з Республіки Молдова). Під час пленарного засідання з різних питань внутрішньої медицини виступили професори Н.О. Перцева й О.В. Курята (м. Дніпро), С.М. Коваль (м. Харків), М.Н. Селюк і Є.О. Труфанов (м. Київ). У рамках секції «Системні захворювання сполучної тканини» доповіді представили експерт ДООЗ ДОДА за напрямом «Ревматологія» Т.К. Лисунець та професори І.С. Борисова й О.В. Курята (м. Дніпро), а в рамках секції «Актуальні питання нефрології» – доцент Є.О. Фролова і к. мед. н. Н.В. Хомяк (м. Дніпро). Тривалість першого робочого дня становила 11 годин і 54 хвилини, максимальна кількість слухачів, які одночасно перебували на зв'язку в онлайн-форматі, – 1,1 тисячі осіб, середня тривалість одного перегляду (одноразового входу в систему) – 42 хвилини, а кількість відвідувань онлайн-платформи – понад 13 тисяч.

Другий день конференції був присвячений проблемам коморбідності у внутрішній медицині, серцево-судинним захворюванням та деяким питанням загальної практики – сімейної медицини. Лекції були прочитані професорами О.Ю. Філіповою, О.В. Курятою, Т.В. Колесник, О.О. Ханюковим, О.А. Коваль, В.А. Потабашнім, Р.В. Разумним, І.Л. Височиною, доцентами Ю.С. Кушнір, Т.В. Юдіною, Н.С. Колісник та експертом ДООЗ ДОДА за напрямом «Ревматологія» Т.К. Лисунець з м. Дніпра, а також професором Д.А. Лашкул з м. Запоріжжя. Тренінги з опанування практичними навичками провели професори В.А. Потабашній, О.О. Ханюков, Л.І. Конопкіна, К.Ю. Гашинова, Т.В. Колесник, Н.О. Перцева, д. мед. н. Т.П. Ніколаєнко-Камишова, експерт Т.К. Лисунець (м. Дніпро).

Тривалість другого робочого дня становила 11 годин і 47 хвилин, максимальна кількість слухачів, які одночасно перебували на зв'язку в онлайн-форматі, – 762 особи, середня тривалість одного перегляду (одноразового входу в систему) – 41 хвилина, а кількість відвідувань онлайн-платформи – 9,4 тисячі.

Особливістю проведеної нами конференції була організація секцій стендових доповідей, у тому числі з конкурсом для молодих вчених.

2161 особа з тих, що прослухали матеріал конференції (45,5% від кількості зареєстрованих), висловили бажання отримати сертифікат слухача, для чого їм було запропоновано перевірити набуті знання та в онлайн-форматі надати відповіді на запитання 28-ми тестових завдань розробленої лекторами анкети. Критерієм виконання цього виду роботи було обрано щонайменше 17 правильних відповідей.

Результати аналізу відповідей опитаних продемонстрували таке.

Стосовно коронавірусної хвороби (англ. *coronavirus disease (COVID-19)*) та асоційованої з нею пневмонії респондентам було запропоновано 5 запитань. Результати показали, що, незважаючи на існуючі певні труднощі в сприйнятті інформації про COVID-19, а також постійну змінюваність наших уявлень про шляхи формування цієї патології й поки що не зовсім зрозумілі процеси, які відбуваються в легенях хворих, з формулюванням клінічного діагнозу правильно визначилась досить велика кількість опитаних – 81,0%. При цьому кожен 9-й лікар (89,8%) правильно визначився і з показами до проведення методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на наявність коронавірусу SARS-CoV-2. Деяко менша кількість слухачів (68,5%) правильно відповіла на запитання стосовно стартової антибіотикотерапії при вірусно-бактеріальній пневмонії на тлі COVID-19, зазначивши захищений амоксицилін, а от щодо альтернативної антибіотикотерапії – думки виявились надто різними, і лише 37,0% респондентів надали правильну відповідь. Останнє свідчить про необхідність, з одного боку, постійного моніторингу ефективності застосування антибіотиків різних фармакологічних груп у різних категоріях хворих на коронавірусну хворобу, а з іншого – на необхідність постійного оновлення наших знань стосовно цієї ще багато в чому не вивченої патології.

Стосовно антикоагулянтної терапії при COVID-19, правильну відповідь надало трохи більше половини респондентів – 57,2%: найбільш імовірно, просто не всі опитані правильно

зрозуміли запитання, оскільки йшлося про всі можливі до використання варіанти профілактики тромбозу, а саме: введення гепарину чи низькомолекулярних гепаринів або використання приладів для механічної тромбoproфілактики за наявності протипоказань до медикаментозних профілактичних дій.

Таким чином, досить велика кількість (у цілому) правильних відповідей на запитання про коронавірусну хворобу і пневмонію на її тлі свідчить про те, що на сьогодні цією проблемою цікавиться багато лікарів-інтерністів, незважаючи на те, що не всі вони лікують вищезазначену категорію хворих. Лікарі не лише намагаються стежити за інформацією, яка надається в регламентуючих документах (наказах), викладається в спеціальній літературі та обговорюється світовими й національними експертами (на веб-семінарах, онлайн-зустрічах, конференціях тощо), а й уважно прослухали лекції, які були прочитані на нашому заході.

Стосовно лікарських препаратів, які обов'язково повинні бути включені до лікувальних програм хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), лише двоє з трьох фахівців (62,1%) надали правильну відповідь – «бронходилататори». На жаль, кожен четвертий лікар (25,7%) обрав відповідь «інгалаційні глюкокортикостероїди» (ІГКС). Слід зазначити, що таке рішення, зрештою, є кращим, аніж вибір іншого будь-якого неправильного дистрактора. Втім, слід пам'ятати, що ІГКС рекомендуються для використання при лікуванні не всіх хворих на ХОЗЛ, а лише тих, хто належить до клінічної групи «D». Несподіваним було побачити, що в якості обов'язкової терапії при ХОЗЛ близько 7% лікарів обрали інгібітори фосфодіестерази-4, а близько 5% – муколітики або макролідні антибіотики, адже ці лікарські засоби застосовуються лише в певних категоріях хворих та лише за певних умов. Рекомендації щодо лікування хворих на ХОЗЛ, які належать до різних клінічних груп, чітко викладені як в європейському стандарті GOLD-2020 [9], так і в національному документі [4], і, за необхідності, фахівці можуть з ними ще раз ознайомитись.

На запитання до клінічної задачі про механізм розвитку захворювання при болях у кульшовому й колінному суглобах 75,7% респондентів надали правильну відповідь, зазначивши «дегенеративні зміни хряща», 17,7% помилково сприйняли ситуацію як таку, що пов'язана з відкладенням кристалів пірофосфату кальцію, а 6,6% респондентів надали інші, на жаль, неправильні відповіді. Найбільш імовірно, для лікарів

непростим виявилось проведення диференційної діагностики між остеоартрозом та псевдоподагрою («хондрокальцинозом», «пірофосфатною артропатією»). Слід нагадати, що саме для остеоартрозу характерними є запалення в ураженій ділянці й порушення обміну речовин у хрящовій тканині, внаслідок чого відбувається звуження суглобової щілини та формуються остеофіти, клінічно ж це проявляється болем, а пізніше – ще й хрускотом. Найбільш вірогідно, лікарі не звернули уваги на характерні клінічні ознаки й рентгенологічні зміни пацієнтки, клінічна ситуація якої була описана в тестовому завданні. Нами був зроблений висновок, що в подальшому, розглядаючи клінічні задачі на конференціях чи на майстер-класах, ми будемо багато уваги приділяти різним проблемам патології суглобів.

Щодо діагностичного методу, за допомогою якого найбільш точно можна провести диференційну діагностику між стеатозом та стеатогепатитом печінки, 61,4% лікарів правильно вказали на необхідність проведення біопсії органа. Втім, 16,5% опитаних віддали перевагу еластографії, 13,5% – стеатометрії, а 8,6% (сумарно) – печінковому комплексу або УЗД органів черевної порожнини. Зрештою, це добре, що лікарі обізнані з приводу можливості використання в гепатології таких сучасних методів діагностики, як еластографія чи стеатометрія, втім біопсія печінки в цій ситуації є все ж таки найбільш точним методом.

Складніша ситуація виявилась з визначенням факторів, які беруть участь у механізмах формування неалкогольної жирової хвороби печінки – аудиторія розподілилась на майже однакові три частини: 38,2% лікарів вказали на правильну відповідь «порушення мікробіому кишечника», 28,7% – помилково обрали «порушення захоплення білірубину мікросомами гепатоциту», а 31,1% (сумарно) – помилково вказали на інші причини (холецистокінін-рилізінг фактор (17,4%) та активацію РААС (13,7%)). Отже, виявилось, що лише третина лікарів орієнтується в цій проблемі. Крім того, на жаль, 2% респондентів обрали ще й дистрактор «алкогольний фактор», хоча в запитанні звучало словосполучення «неалкогольна жирова хвороба печінки»; ймовірно, опитані просто були неуважними.

Деяко несподіваними виявились відповіді на питання щодо першої лінії в терапії хворих на цукровий діабет 2-го типу згідно з рекомендаціями Американської асоціації з діабету 2020 року (*англ.* American Diabetes Association

(ADA-2020)) [6]. Так, 66,9% лікарів надали відповідь «модифікація стилю життя та метформін», а 23,5% – вказали лише на метформін, «вилучивши» таким чином з відповіді словосполучення «модифікація стилю життя». Вважаємо, що навряд чи хтось сьогодні сумнівається в необхідності модифікації стилю життя хворими на цукровий діабет – найімовірніше, дехто з лікарів просто помилково більше уваги приділив лікарському засобу, не звернувши при цьому уваги на те, що у відповіді, де звучить «модифікація стилю життя», також вказується на метформін. Як би там не було, більше ніж 90% лікарів-інтерністів, гадаємо, метформін таки призначать, а це вже непогано.

Приємно відзначити, що досить великий відсоток опитаних (86,5%) правильно вважає метилпреднізолон найбільш безпечним глюкокортикоїдом при лікуванні ревматоїдного артрити (РА), і майже стільки ж лікарів (83,4%) вважають метод визначення антитіл до циклічного цитрулінового пептиду найбільш достовірним у діагностиці РА. Усе це свідчить про високу обізнаність лікарів-інтерністів стосовно деяких актуальних питань ревматології.

Деяко складнішим виявилось тестове завдання про метод діагностики, котрий є необхідним для встановлення клінічного діагнозу хворій, у якої після відпочинку на морі виникли болі в ліктьових суглобах, гіпертермія, задишка й слабкість, на перенісці з'явилась еритема, на слизовій оболонці губи – виразка, а об'єктивно стали вислуховуватись шум тертя плеври і ритм галопу. Лише трохи більше половини опитаних (55,2% лікарів) правильно обрали відповідь «виявлення антитіл до нативної ДНК». На жаль, третина фахівців (34,4%), мабуть, подумавши про ревматичну лихоманку, помилково обрала дистрактор «кров на антистрептолізин О, ревматоїдний фактор», 10,4% респондентів обрали інші відповіді («антитіла до кардіоліпіну», «імунологічний аналіз крові», «креатинін-фосфокіназа»), але й вони є помилковими.

При хронічній хворобі нирок, яка супроводжується помірною протеїнурією, 65,3% лікарів в якості основи антигіпертензивної терапії правильно обрали відповідь «інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) або блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА)». При цьому 22,3% фахівців помилково обрали «іАПФ та БРА», а 12,4% (сумарно) – «бета-блокатори», «блокатори кальцієвих каналів» та «діуретики».

Для лікування хворих з неускладненим пієлонефритом 75,4% фахівців в якості препаратів першої лінії правильно обрали фтор-

хінолони (ципрофлоксацин), оскільки таке лікування регламентується рекомендаціями Європейського урологічного товариства (2018 рік). Втім, 19,8% лікарів помилково надали перевагу захищеним пеніцилінам (амоксциліну/клавуланату), а 4,8% (сумарно) – аміноглікозидам, карбапенемам та макролідам.

Питання стосовно планового лікування й запобігання розвитку ускладнень при кислото-залежних захворюваннях виявилось для лікарів нескладним – 87,5% їх обрали правильну відповідь – «омепразол», і лише 12,5% респондентів (сумарно) зробили помилку, обравши «алюмінію та магнію гідроксид», «ранітидин», «солі альгінової кислоти» або «фамотидин».

А ось питання про «базисні» засоби для лікування остеоартрозу виявилось, навпаки, складним – лише 41,2% лікарів надали правильну відповідь, обравши «повільнодіючі протизапальні засоби». 50,5% фахівців обрали «нестероїдні протизапальні засоби», 8,3% (сумарно) – «глюкокортикоїди», «препарати золота» та «цитостатики».

71,8% респондентів вважають, що в пантопрозолу з-поміж усіх інгібіторів протонної помпи існує найменший ризик взаємодії з іншими лікарськими засобами. 12,2% вказали на омепразол, по 7,1% – на рабепразол та езомепразол, і лише 1,8% – на лансопрозол.

96,2% лікарів на питання про можливу причину ішемії міокарда правильно обрали твердження «всі відповіді вірні», що означало і вазоспазм, і високий темп частоти серцевих скорочень, і коронарний стеноз, і тромбоз коронарної артерії. Тут обговорення, як-то кажуть, є зайвим.

Питання про призначення лікарських засобів пацієнтам з ішемічною хворобою серця та коморбідною артеріальною гіпертензією виявилось доволі непростим, і лише 44,8% опитаних надали правильну відповідь. Незважаючи на те, що хворих з таким поєднанням захворювань у практиці сімейного лікаря зустрічається доволі багато, а отже й часто доводиться вирішувати проблеми поєднання препаратів різних фармакологічних груп, втім, навіть кардіологи визнають, що проблема в науковій літературі висвітлюється недостатньо часто, а інколи й неповно. Зважаючи на це, питання клінічної фармакології в кардіології потребують ще ширшого обговорення на різних лікарських формулах.

У тестовому завданні щодо обрання діагностичного маркера ураження серцевого м'яза у хворого 27 років, який скаржиться на біль у горлі, загальну слабкість, появу задишки при

фізичному навантаженні, а на електрокардіограмі в нього виявлений негативний зубець Т у відведеннях V<sub>1</sub>–V<sub>3</sub>, переважна більшість фахівців (75,5%) правильно обрала відповідь «тропонін Т». 11,9% респондентів обрала невірну відповідь «креатинфосфокіназа», а решта 12,6% (сумарно) – так само неправильні відповіді «міоглобін», «D-димер», «NT-proBNP».

78,4% лікарів основними причинами розвитку хронічного кашлю в дорослих вважають «дріп-синдром», гіперреактивність бронхів, гастроєзофагеальний рефлюкс. Якщо до них долучити ще й 11,8% респондентів, які зазначили «хронічні захворювання ЛОР-органів» (оскільки саме вони, здебільшого, і призводять до формування «дріп-синдрому», для якого характерний хронічний кашель), виходить, що лікарям-інтерністам у веденні такої категорії хворих без допомоги отоларингологів не обійтись. І це абсолютно правильно. Саме такої тактики необхідно дотримуватись лікарю терапевтичної спеціальності.

Стосовно показань до госпіталізації пацієнта з гострим кашлем, майже усі опитані лікарі (понад 90%) визначились правильно – це «сатурація кисню <92% або центральний ціаноз (якщо особа не має хронічної гіпоксії в анамнезі)».

А ось відповіді на тестове завдання про метод дослідження, який не використовується для верифікації туберкульозу нирок у хворого, що протягом 2-х років страждає на дисемінований туберкульоз легень, виявились абсолютно несподіваними. Так, лише 17,0% лікарів правильно вказали на «бактеріоскопію сечі на кислотостійкі бактерії», решта ж обрала й «імунологічні тести (туберкулінодіагностика, тести вивільнення гамма-інтерферону тощо)» (29,9%), і «посів сечі на мікобактерії туберкульозу» (18,6%), і «рентгенологічний» (17,4%), і «ультразвуковий» (17,2%). Ймовірно, це просто була технічна помилка опитаних, які не звернули уваги на частку «не» в запитанні, тому відповіді й розподілились між усіма дистракторами.

75,3% осіб вірно вважають, що в синдромі перехресту функціональних порушень найчастіше зустрічаються такі гастроінтестинальні розлади, як «функціональна диспепсія і синдром подразненого кишечника». На жаль, 14,8% респондентів, вважаючи, що це «синдром подразненого кишечника і синдром абдомінального болю», та 9,9% опитаних, вказавши (сумарно) на «синдром абдомінального болю і гастрит», «функціональну диспепсію» та «функціональну диспепсію і закреп», помилились.

Деяко неоднозначними були відповіді респондентів на запитання про електрокардіографічні зміни у хворого з клінікою

гострого коронарного синдрому та позитивним тропоніновим тестом. Дуже добре, що практикуючі лікарі-інтерністи зрозуміли суть проблеми, і 98,2% з них одразу виключили діагноз нестабільної стенокардії, ясно усвідомивши, що в тестовому завданні мова йде саме про гострий інфаркт міокарда. Втім, на жаль, визначитись у поширеності патологічного процесу (Q-, не Q-інфаркт міокарда) та його локалізації змогли лише 26,9% фахівців. До того ж лікарі, найбільш імовірно, погано обізнані стосовно реципрокних порушень, на які вказувалось у задачі. Вважаємо, що це питання непросте для лікаря будь-якої спеціальності, тому в подальшому будемо планувати проведення конференцій, семінарів та майстер-класів на тему електрокардіографічних змін при різних патологічних станах і захворюваннях.

89,0% лікарів справедливо вважають, що ХОЗЛ не є фактором ризику інсульту, транзиторної ішемічної атаки або системних емболій за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, тоді як артеріальна гіпертензія, будь-яке судинне захворювання, хронічна серцева недостатність та цукровий діабет ними таки є. Добре, що лікарі не лише про це знають, а й, сподіваємось, усвідомлюють; отже, гадаємо, що з пацієнтами проводиться правильна робота і в плані профілактики, і в плані лікування.

Три чверті (75,0%) респондентів назвали правильний цільовий рівень сечової кислоти при лікуванні подагричного артриту – 300–360 мкмоль/л, решта опитаних помилилась. Це питання фактове, тобто потребує конкретних знань, а не логічних роздумів з цієї теми. Рівень показника просто слід запам'ятати.

Отже, результати анкетування учасників конференції показали, що 71,2% опитаних (1538 із 2161 осіб) правильно відповіли щонайменше на 17 із 28 тестових завдань та отримали сертифікат учасника. На жаль, 623 лікарі (28,8%) надали менше ніж 17 правильних відповідей; найбільш вірогідно, вони або не уважно слухали лекції, або не всі їх прослухали, у зв'язку з чим, зрештою, і не отримали сертифікатів учасника.

Таким чином, організована та проведена нами міжнародна конференція для лікарів-інтерністів в онлайн-форматі, а також аналіз відповідей респондентів на тестові завдання дозволили сформулювати декілька **ключових висновків**:

1) тематика міжнародної конференції для лікарів-інтерністів, проведена в онлайн-форматі, викликала неабияку зацікавленість фахівців не лише України, а й інших країн світу – Республіки

Білорусь, Республіки Молдова, Республіки Казахстан та Республіки Узбекистан;

2) представлені в рамках конференції матеріали дозволили слухачам підвищити рівень своєї обізнаності з різних медичних дисциплін та покращити фахову компетентність;

3) рівень засвоєних слухачами нових знань у цілому є досить високим;

4) найбільш проблемними виявились питання щодо найсучасніших методів діагностики в гастроентерології, традиційно – стосовно ЕКГ-

діагностики, а також щодо клінічної фармакології в кардіології та пульмонології;

5) перспективою розвитку системи безперервної професійної освіти для лікарів-інтерністів є удосконалення методів навчання з подальшим ще більшим залученням провідних фахівців у різних терапевтичних напрямках до висвітлення актуальних питань медичної науки і практики.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дем'яненко Н. М. Трансформація концепції освіти дорослих у другій половині ХХ – на початку ХХІ століття. *Вища освіта України*. 2011. № 2. С. 59–65. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vou\\_2011\\_2\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vou_2011_2_12) (дата звернення 11.11.2020)

2. Десятов Т. М. Тенденції розвитку неперервної освіти в країнах Східної Європи (друга половина ХХ століття): монографія. Київ: АртЕк, 2005. 335 с. URL: <http://www.disslib.org/tendentsiyi-rozvytku-neperevernoyi-osvity-v-krayinakh-skhidnoyi-yevropy.html> (дата звернення 11.11.2020)

3. Олійник В. В. Освіта впродовж життя: як і чого вчити дорослих. *Управління освітою*. 2010. Т. 229, № 1. С. 4-7. URL: [http://www.dvv-international.org.ua/fileadmin/files/eastern-neighbors/Ukraine\\_pics/Publications/Pokazchyk.pdf](http://www.dvv-international.org.ua/fileadmin/files/eastern-neighbors/Ukraine_pics/Publications/Pokazchyk.pdf) (дата звернення 11.11.2020)

4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хронічне обструктивне захворювання легені: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 27.06.2013 р. № 555. 2013. 100 с. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013\\_555hozl\\_ukpmd.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013_555hozl_ukpmd.pdf) (дата звернення 11.11.2020)

5. Фетісов В. С. Пакет статистичного аналізу даних STATISTICA: навч. посіб. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2018. 114 с. DOI: [https://doi.org/10.33941/age-info.com24\(5\)2018005](https://doi.org/10.33941/age-info.com24(5)2018005)

6. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc20-s002>

7. Bass S. A. Matching educational opportunities with the able elderly. *Lifelong Learning*. 1986. Vol. 9, No. 5. P. 4-7. URL: <http://194.44.152.155/elib/local/2364.pdf> (дата звернення 11.11.2020)

8. Cropley A., Dave R. Lifelong Education and Training of Teachers. Oxford: Pergamon. 1978. DOI: <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-023008-5.50008-x>

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2020 report. 2020. URL: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf> (дата звернення 11.11.2020)

10. Hawes H. W. R. Lifelong Education and School Curricula in Developing Countries. Holmberg: UNESCO. 1975. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000030912> (дата звернення 11.11.2020)

11. Lengrand P. An Introduction to Lifelong Education. UNESCO. 1975. 157 p. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000030912> (дата звернення 11.11.2020)

12. Smith R. Learning How to Learn. New York : Cambridge. UNESCO Institute for Education. Annual Report 2003. Hamburg: UUE. URL: [http://www.seminar.net/images/stories/vol5-issue1/iqbal\\_-\\_life\\_long\\_education.pdf](http://www.seminar.net/images/stories/vol5-issue1/iqbal_-_life_long_education.pdf) (дата звернення 11.11.2020)

## REFERENCES

1. Demianenko NM. [Transformation of the concept of adult education in the second half of the XX - early XXI century. Higher education in Ukraine]. *Vishha osvita Ukrainy*. 2011;2:59-65. Ukrainian. Available from: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vou\\_2011\\_2\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vou_2011_2_12)

2. Desiatov TM. [Trends in the development of continuing education in Eastern Europe (second half of the twentieth century): a monograph]. Kyiv: ArtEk; 2005. p. 335. Available from: <http://www.disslib.org/tendentsiyi-rozvytku-neperevernoyi-osvity-v-krayinakh-skhidnoyi-yevropy.html>

3. Oliinyk VV. [Lifelong learning: how and what to teach adults. Education management]. 2010;1(229):4-7. Ukrainian. Available from: [http://www.dvv-international.org.ua/fileadmin/files/eastern-neighbors/Ukraine\\_pics/Publications/Pokazchyk.pdf](http://www.dvv-international.org.ua/fileadmin/files/eastern-neighbors/Ukraine_pics/Publications/Pokazchyk.pdf)

4. [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care and medical rehabilitation of chronic obstructive pulmonary disease. Order of the Ministry of Health of June 27, 2013 N 555]. 2013. p. 100.

Ukrainian. Available from: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013\\_555hoz1\\_ykpm.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013_555hoz1_ykpm.pdf)

5. Fetisov VS. [STATISTICA statistical data analysis package: textbook]. Nizhyn: NDU. M. Gogol ; 2018. p. 114. Ukrainian.

doi: [https://doi.org/10.33941/age-info.com24\(5\)2018005](https://doi.org/10.33941/age-info.com24(5)2018005)

6. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2020. doi: <https://doi.org/10.2337/dc20-s002>

7. Bass SA. Matching educational opportunities with the able elderly. Lifelong Learning. 1986;9(5):4-7. Available from: <http://194.44.152.155/elib/local/2364.pdf>

8. Cropley A, Dave R. Lifelong Education and Training of Teachers. Oxford: Pergamon; 1978. doi: <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-023008-5.50008-x>

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2020 report; 2020. Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>

10. Hawes HWR. Lifelong Education and School Curricula in Developing Countries. Holmberg: UNESCO; 1975. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000030912>

11. Lengrand P. An Introduction to Lifelong Education. UNESCO. 1975. p. 157. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000030912>

12. Smith R. Learning How to Learn. NY: Cambridge. UNESCO Institute for Education. Annual Report 2003. Hamburg: UUE; 2003. Available from: [http://www.seminar.net/-images/stories/vol5-issue1/iqbal\\_-life\\_long\\_education.pdf](http://www.seminar.net/-images/stories/vol5-issue1/iqbal_-life_long_education.pdf)

Стаття надійшла до редакції  
11.11.2020

